Anno XIII. N. 1-2

# IL MANICOMIO

MODERNO

## Giornale di Psichiatria

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROV. V. E. II.

**Direttore**

DOTT. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO



**Redattori**

DOTT. RAFFAELE CANGER (Redattore - Capo)

R. FRONDA — G. ANGRISANI — G ANGIOLELLA — E. CRISAFULLI

F. DEL GRECO (Segretario della Redazione)

**Collaboratori**

*Prof.* D' ABUNDO GIUSEPPE — FUNAIOLI PAOLO — LOMBROSO CESARE
TONNINI SILVIO — VIRGILIO GASPARE — ZUCCARELLI ANGELO
*Dott.* ALESSI URBANO — ALGERI GIOVANNI — BRUGIA GIOVANNI
CODELUPPI VITTORIO — CRISTIANI ANDREA — DE LUZENBERGER AUGUSTO
FRIGERIO LUIGI — GALDI RAFFAELE — GIACCHI OSCAR — GRIMALDI ANDREA
MARCHI VITTORIO — PIANETTA CESARE — PIERACCINI ARNALDO
ROSCIOLI RAFFAELE — ROSSI ENRICO — TAMBRONI RUGGIERO.

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1897

# INDICE



## PARTE PRIMA

### MEMORIE ORIGINALI

### *PSICHIATRIA*



### *PSICHIATRIA FORENSE*



### *RIVISTE*



### *BIBLIOGRAFIE*



## PARTE SECONDA

### RENDICONTO STATIS: E MORALE del Manicomio Interprov: V. E. II.

# IL MANICOMIO

MODERNO

## Giornale di Psichiatria

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROV. V. E. II.

**Direttore**

DOTT. DOMENICO VENTRA

DIRETTORE DEL MANICOMIO

*Anno XIII — 1897*

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1897

# INDICE



PARTE PRIMA

## Memorie Originali

*PSICHIATRIA*

## *PSICHIATRIA FORENSE*



## *RIVISTE*



## *BIBLOGRAFIE*

PARTE SECONDA

## Rendiconto Statistico
del Manicomio Interprov. V. E. II.

—

# IL MANICOMIO

## MODERNO

ALLA VENERATA MEMORIA

DI

# Giovannangelo Limoncelli

## Giovannangelo Limoncelli

Non è solo l'omaggio, che alla memoria dell'uomo, il quale sul sentiero dell' onestà e del sapere lascia orme indelebili, ha obbligo di rendere l'umanità; ma è il doveroso sentimento di discepoli, di ammiratori, di amici memori e grati, che muove in noi vivissimo e sentito il bisogno di onorare con questo Volume a Lui dedicato, il dolce e mesto ricordo di Giovannangelo Limoncelli.

Questo Asilo, che Egli ha visto sorgere e che poscia guidò con cura paterna e vigile lungo la contrastata e difficile via del progresso, segnerà a caratteri d'oro il nome di Lui nelle pagine più onorate della sua storia; mentre la veneranda e serena effigie, ritratta mirabilmente da uno fra i ricoverati che egli tanto amava, resterà, accanto a quella dei Ricco e dei Nicotera, ispiratrice perenne d'imitabili esempii e di nobili ideali.

Le vicende della vita laboriosa e feconda del Limoncelli rimangono nell'ombra della sua

grande modestia; non un cenno auto-biografico, non ricordi completi nella famiglia ed in mezzo agli amici, ove d'ordinario gli uomini, e massime i vecchi, sogliono raccontare e glorificare il proprio passato.

Egli cadde a tarda età sulla breccia di quel lavoro utile ed onesto, che, non destinato ai falsi e caduchi miraggi della smodata vanteria e della vuota *réclame*, produce il bene pel bene, con l'unico compenso di lasciar pago e soddisfatto il grande animo del giusto, che lo compie.

Talché solo col sussidio dei nostri frammentarii ricordi, e di qualche notizia raccolta qua e là, potremo riuscire alla ricostruzione d'un incompleto cenno biografico del compianto Prof. Limoncelli.

Egli nato nel 1822 a Macchia Valfortore, ridente paesello del Sannio Frentano, ha mostrato fin dai primi anni i segni di un ingegno forte e versatile, studiando prima col padre, distinto medico, e poi con Pappone lettere italiane e latine.

Più tardi, secondo i ricordi del Prof. Zuccarelli suo conterraneo, apprese dal chiaro Prof. Remigio del Grosso filosofia e matematica.

Conseguita la laurea di medicina e chirurgia nell'Università di Napoli sul far dell'anno 1845, piuttosto che tornare al natio paese, ove avrebbe potuto subito emergere e menar vita calma e tranquilla, ha preferito continuar gli studii prediletti in Napoli, ove il vasto ambiente intellettua-

le e politico lo attirava irresistibilmente. Ed in questa prima epoca, senza trascurare le mediche discipline, ha coltivato intensivamente gli studii letterarii, stretto in intima amicizia con quello eletto manipolo di geniali letterati e poeti, che non atti per la mite indole alla lotta d'azione, prepararono con le feconde, e non meno potenti armi del pensiero, la grande opera del nostro nazionale risorgimento.

I lavori letterarii ed i versi dal Limoncelli pubblicati di quel tempo, su per le strenne e le effemeridi, non senza i pericoli che la sospettosa tirannide borbonica minacciava alla più semplice ed ascosa idea di libertà, sono prova della soda cultura e della fervida fantasia dello scrittore. Quei giovanili lavori racchiudono ondate di generosi slanci dell'animo represso, e vibrano all'unisono con sentimenti delicatissimi, che danno l'impronta culminante al carattere del Limoncelli.

Nè questa potente diversione dal suo principale indirizzo avea in lui affievolito l'entusiasmo per gli studii medici; di fatto nel 1846 sull' « Ateneo Medico » pubblicava una pregevole memoria sopra « *Un caso di ematemesi per elmintonosi* » ; nel 1847 « *Sul valerianato di zinco nelle psicopatie* », e nel 1854 scrisse « *Sugli enteroliti* », nell'Annuario di Medicina Chirurgia e Terapeutica, giornale sostenuto da Lui, ma che ebbe poca vita.

Senza fallo però il suo merito principale è sta-

to quello di avere precorso la via dei nuovi metodi sperimentali, verso cui, per raggiungere i recenti progressi, dovevano mirare le mediche discipline, fin allora ottenebrate dagli antichi sistemi di pratica empirica.

Tali nuovi orizzonti Egli additava da lontano alla mente degli studiosi, insegnando, assieme all'illustre Palmieri, in un libero corso di Chimica Biologica, e quando questo nome era affatto ignorato, i rapporti e le applicazioni dei principii di Fisica e di Chimica organica agli studii Biologici.

In seguito insegnò eziandio Fisiologia cerebrale nell' Ateneo Mammone; e nel 1865 iniziò la pubblicazione dei suoi studii preferiti in un'opera « *La chimica ed i Chimici* » che non ha potuto completare per la cessazione del giornale didattico sul quale aveva cominciato a veder la luce.

Ma già Egli da gran tempo e con sommo amore attendea alla compilazione d' un lavoro di gran mole, che per quell' epoca segnò un vero progresso, il « *Dizionario Terapeutico e Farmaceutico* », completato e stampato in due grossi volumi nel 1864. E fu pel Limoncelli gran ventura, se, nel fare esperimenti di chimica, lo scoppio d'un matraccio non gli tolse, martire della scienza, il bene della vista; lasciandogli però un notevole indebolimento con atrofia dell'occhio destro.

Intanto lo speciale indirizzo della sua larga

coltura dovea risospingerlo verso la Psichiatria, che in quei tempi ancora vergine, massime a Napoli, offriva l'amplesso fecondo solo alle forti intelligenze capaci di affrontare il cimento degli oscuri ed inesplorati sentieri, che per raggiungerla era necessario percorrere.

Ed Egli, nel mentre con la Direzione del manicomio Fleurent trovava modo di approfondire lo studio clinico degli alienati, facendo tesoro dei consigli pratici, senza accettare le teorie filosofiche di quel robusto ingegno, che fu B i a g i o M i r a g l i a; non trascurava di dar pubblicità alle sue osservazioni in ripetute memorie apparse successivamente in diversi giornali medici, e poscia sul Bollettino di quella privata Casa di salute, da esso fondato. Esempio seguito al presente da quasi tutti i manicomî nostrani (1).

---

(1) Le pubblicazioni del Limoncelli all'epoca di cui parliamo sono le seguenti:

1.° Della influenza della musica sulle passioni. 1864.

2.° Studii sulle allucinazioni mentali. 1870.

3.° Osservazioni sul Regolamento pel servizio interno dei mentecatti (Gazzetta della Medicina Pubblica). 1870.

4.° Annali clinici dell'Annunziata di Aversa 1870.

5.° La medicina e l'esperimento (Discorso) 1874.

6.° L'ossigeno nelle psicopatie 1882.

7.° Versione dall'inglese del Trattato di med. leg. di Taylor. 1882.

8.° Dal 75 all'85 nel Bollettino del Manicomio Fleurent ha pubblicato: Del prurito vulvare delle alienate. — Cloridrato di morfina nella cura della follia. — Della coca e della sua azione negli alienati. — La elettricità localizzata nella lipemania.

9.° Relazione clinico-statistica sul manicomio Fleurent.

La sua tesi di pareggiamento all' Università di Napoli « *Sul presente e l'avvenire della Psichiatria* » pubblicata nel 1860, è una lucida e concisa esposizione delle nozioni di Psichiatria del momento, e delle investigazioni di chimica biologica verso le quali egli insegnava, che gli studiosi avrebbero dovuto principalmente rivolgersi per disascondere l'intimo meccanismo fisio-patologico della psiche umana. Il tempo ha dato in parte ragione alle geniali intuizioni del Limoncelli, vista l'importanza che nei tempi attuali va acquistando l' indagine della composizione chimica dei tessuti e dei liquidi organici, in rapporto alla anatomia patologica ed etiologia delle psicosi.

E raggiungiamo così l' ora in cui il Prof. Ricco, con una potenza volitiva straordinaria, riusciva a fondare il Manicomio Interprovinciale di Nocera, riunendo in Consorzio ben sei Provincie di questa meriggia parte d'Italia.

Nella difficile e laboriosa opera organizzatrice del grande Istituto, non è sfuggita alla sagace mente del Ricco, l'utilità che dal sapiente ed onesto consiglio di Giovannangelo Limoncelli avrebbe potuto ritrarre, e non esitò ad offrirgliene la consulenza.

Lo scrivente, che in qualità di medico assistente, s'iniziava allora nella carriera psichiatrica, coadiuvando il Limoncelli nel delicato compito, ricorda con animo grato e commosso l'a-

morevole e paterna guida ed i non pochi insegnamenti, di cui gli fu largo il buono ed indimenticabile vecchio: mentre è giustizia rilevare il valido impulso che Egli ha dato alla sistemazione scientifica e tecnica del primo nucleo dello Asilo in Materdomini; opera completata più tardi dallo egregio Prof. Venturi, quando nel 1884 si è aperto all' esercizio il Manicomio principale in Monteoliveto.

Nel 1887, dopo la morte del Prof. Ricco, il rappresentante la concessione Barone Nicotera proponeva alla Direzione del manicomio il Limoncelli, e tale proposta ha ottenuto il plauso e l'approvazione unanime dell'Assemblea Consorziale delle Provincie.

Come sui primordi anche ora, per oltre sette anni, è toccato a me l' onore di essere vicino al Limoncelli in qualità di Vice-Direttore, ed i vecchi vincoli di profonda stima e di affetto si sono andati man mano ribadendo.

In questo periodo, che è stato insieme il più fecondo e contrastato della sua nobile esistenza, Egli affrontando non pochi ostacoli, ha largamente affermato la sua indiscutibile competenza nella direzione tecnica di un grande manicomio, nonchè la fonte inesauribile del suo magazzino scientifico alla quale noi tutti attingevamo norma e consigli, e sopra tutto la purezza cristallina del suo mite, ma intero carattere di uomo leale ed onesto.

Non mi si taccerà di poca modestia se sento il bisogno di completare questo cenno biografico con le cortesi e sentite parole dette da quell'illustrazione della Psichiatria italiana, che è Leonardo Bianchi, nel discorso pronunziato sul feretro del nostro rimpianto Direttore. Quelle parole, se suonano per noi lode lusinghiera ed immeritata, fanno rifulgere di tutta la sua luce radiosa la veneranda figura del Limoncelli, ed, in una sintesi magistrale, racchiudono tutto il profilo della sua personalità.

« . . . . . . . . Nel suo cuore non germogliò
« mai il mal seme dell'invidia; egli non fu mai
« nè ambizioso, nè avido. Estraneo alle male
« arti della maldicenza, egli usava esser fran-
« co e leale con quanti gl'ispiravano simpatia
« e stima. La lealtà gli aveva cattivato l'affetto
« di molti, e su quello giammai il tempo, pas-
« sando, riuscì con le sue fredde ali a dimi-
« nuirne il calore.

« Come psichiatra dice del suo valore la di-
« rezione da lui tenuta di importanti Case di
« Salute, e del Manicomio Interprovinciale di
« Nocera; dicono del suo spirito acuto e colto
« i suoi scritti, in cui il pensiero trovasi sem-
« pre rivestito di forma eletta; dice sopra tut-
« to la eletta schiera dei medici del Manicomio
« di Nocera, nei quali ha saputo mantenere ac-
« cesa la face della scienza, in mezzo a difficol-

« tà nè poche né piccole, ravvivata solo dal
« santo entusiasmo della verità. E l'entusiasmo
« per la Psichiatria egli sosteneva con i suoi
« suggerimenti, improntando ai suoi scolari la
« modestia che era nella sua indole e nell'am-
« biente, che non offre a quei lavoratori nes-
« suna di quelle dorate cornici in cui, nei gran-
« di centri, pur troppo non di rado s'inquadra-
« no pure stupidamente e trionfalmente certe
« parodie di scienziati » (1).

La tarda età e le non poche occupazioni, tenendo Egli oltre alla direzione del Manicomio Interprovinciale, quella dei privati manicomii Russo in Miano e Vernicchi ai Ponti Rossi, resero difficile al Limoncelli una grande produzione scientifica in quest'ultimo scorcio della sua vita: ha arricchito non pertanto la tecnica manicomiale di tante osservazioni ed appunti pratici e statistici, che portano l'impronta della sua lunga esperienza e della sua mente chiara ed acuta.

Fra gli altri suoi ultimi lavori « Il *parere freniatrico sopra il letterato Antonio Ranieri* », pubblicato nel « Manicomio Moderno, » e che aveva ottenuto il plauso e l'adesione dei maggiori

(1) In Morte di Giovannangelo Limoncelli. — Portici, Stabilimento Tip. Vesuviano, 1897, pag. 25.

alienisti d'Italia, é lavoro profondamente pensato ed esposto in forma eletta, prova evidente che gli anni ed il perenne lavoro, lungi dal fiaccare ed esaurire per naturale involuzione quel forte cervello l'aveano conservato vigoroso e giovanile.

Il Limoncelli nella sua lunga carriera, oltre agli importanti ufficii mentovati, é stato Medico capo dell'Annunziata di Aversa; Medico straordinario dell'Ospedale della Pace; Medico aggiunto alle Prigioni; Medico del manicomio dell'Arco; socio di diverse accademie letterarie e scientifiche: fregiato della croce d'ufficiale della Corona d'Italia. Ma sopra ogni altro titolo, Egli teneva e giustamente in gran pregio quello di Socio Ordinario della Reale Accademia Napoletana di Medicina.

Giovannangelo Limoncelli lascia una lunga eredità di affetti e di egregii esempii ed, in mezzo a noi, il perenne ricordo di rispettato capo, di sapiente maestro, di dolce amico.

Terremo cara ed onorata la sua memoria imitandolo.

*Domenico Ventra.*

## Ai lettori

*Col mutar Direzione il « Manicomio Moderno » non muterà l' indirizzo scientifico, che fin dal suo nascere ha seguito con successo sotto la sapiente guida del Venturi e poscia del Limoncelli.*

*Pur dando largo campo ai lavori di microscopia, batteriologia e chimica del sistema nervoso, continueremo a mantenere al Giornale l' impronta clinica, che senza dubbio rappresenta il faro radioso, dal quale le altre branche traggono sempre nuova luce, per rifletterla spesso sul centro generatore.*

*Sostenuto da una redazione giovane, intelligente, laboriosa e dalla collaborazione di tanti egregi colleghi, il nostro Giornale non demeriterà della simpatia finora accordatagli dall' ambiente psichiatrico nostrano e straniero, pago di portare il suo modesto contributo al grande edificio della moderna Psichiatria.*

**D.r Ventra**

# PARTE PRIMA

# PSICHIATRIA

# IL TIMO

NELLA CURA

# DEL GOZZO ESOFTALMICO E DEL GOZZO COMUNE

PEL

DOTT. RAFFAELE GALDI

---

Dopo i classici studi del Brown-Sèquard e del Bernard, la terapia dei succhi organici, poggiando su basi scientifiche, ebbe un notevole impulso. Le osservazioni si moltiplicarono rapidamente e le ricerche sperimentali perfezionandosi sempre più diedero a questo nuovo indirizzo terapico un vasto incremento, facendo intravedere esser vicino il tempo, in cui molti dei vecchi rimedii farmaceutici avrebbero definitivamente ceduto il posto ai succhi organici nella cura di svariati morbi. Ed infatti il succo testicolare, tiroideo, pancreatico, cerebrale, quello del midollo osseo, delle capsule surrenali, del cuore vennero con maggiore o minore successo adoperati nella pratica medica.

Non sono peró che appena due anni da che il timo è entrato nel dominio della terapia.

Nel febbraio 1895 David Owen (1) pubblicò pel primo un caso di gozzo esoftalmico, guarito mediante l'alimentazione timica; fu però solo per caso che egli ebbe ad accorgersi dell'efficace azione curativa della suddetta glandola, poichè essendo sua intenzione di cu-

---

(1) The British medical Iournal. Feb. 1895.

rare l'infermo con la tiroide, dopo alquanto tempo si avvide che il macellaio per sbaglio gli aveva sempre somministrato il timo. Nonpertanto il morbo presentò notevole miglioramento in tutti i sintomi, ad eccezione dell'ipertrofia cardiaca, che restò immutata.

Pochi mesi dopo il Mikulicz (1) rese noto che avendo trattato dieci casi di gozzo comune con l'alimentazione timica, in tutti, meno uno, aveva osservato notevole miglioria dell'ingrossamento tiroideo; ed in un caso di morbo di Basedow, curato pure col timo, la palpitazione, la dispnea e gli attacchi di soffocazione migliorarono di molto, come del pari l'esoftalmo e la tachicardia, mentre il gozzo e il tremore restarono nello stato primitivo.

In Italia dopo le due precedenti pubblicazioni, il dottor Ventra, oggi direttore del manicomio di Nocera Inferiore, riferì al IX Congresso freniatrico italiano, tenutosi in Firenze il 9 ottobre 1896 (2), i buoni successi ottenuti mercè l'alimentazione di timo fresco in un caso molto grave di gozzo esoftalmico. L'inferma era una donna trentenne, la quale verso i 24 anni incominciò a soffrire palpitazioni, tremore e malessere generale, a cui tenne dietro leggiero esoftalmo ed un maggiore turgore della tiroide, giacchè è da notare che essa fin da bambina presentava il collo grosso. Non ostante le molte e svariate cure ricevute, l'inferma andò sempre peggiorando; fu allora che il Ventra le fece somministrare per tre mesi di seguito, in giorni alterni da 20 a 30 gr. di timo fresco. Trascorso questo tempo egli notò un aumento rilevante del peso del corpo, un miglioramento della nutrizione, la scompar-

(1) La Médicine Moderne. Giugno 1895.
(2) Il Manicomio moderno. Anno XII n. 2 e 3.

sa della tachicardia, del tremore, della depressione psichica, persistette invece l'ingrandimento dell'aia cardiaca, il turgore della tiroide, quasi nella proporzione esistente prima dello svilupparsi del morbo ed un leggerissimo grado di esoftalmo; la fisonomia poi erasi modificata in modo da rendere l'inferma irriconoscibile.

Il Maude in quattro casi di morbo di Basedow curati coi tabloidi di timo, ottenne buoni risultati, in un caso specialmente, ribelle da otto anni ad ogni cura, notò un rapido miglioramento, ma tutti i sintomi del morbo ricomparivano non appena veniva sospesa la cura.

Un altro caso di morbo di Basedow, notevolmente migliorato mediante i tabloidi di timo vien riferito da C. Todd (1); il Watson Williams al contrario in un altro infermo, dopo l'uso dell'alimentazione timica osservò un aggravamento della tachicardia e della piressia, ma nel contempo la nutrizione generale migliorò di molto.

L'Owen (2) avendo notato come tra i varii sintotomi del morbo di Basedow, il tremore si avvantaggia molto della cura timica, volle adoperarla in un individuo affetto da Paralysis agitans e rilevò di fatti un certo miglioramento nello stato mentale e nelle condizioni muscolari.

Il Reinbach (3) riferisce 30 casi di gozzo comune, da lui curati col timo. Tre di essi (ragazzi dai 10 ai 12 anni) guarirono completamente, 18 migliorarono di molto, notandosi diminuzione del volume del tumore, 10 non presentarono cambiamento alcuno ed il trat-

(1) The Britsh med. Iournal. Luglio 1896.
(2) The British med. Iournal Ott. 1896.
(3) Mittheilungen aus der Grenzgeb. der Med. ecc. 1896.

tamento fallì del tutto. In nove casi si manifestarono dei sintomi tossici analoghi a quelli che si osservano nel trattamento tiroideo, od altri sintomi di natura tossica. Secondo il Reinbach, i risultati terapeutici della cura timica sono molto identici a quelli della cura tiroidea; ma il timo presenta il vantaggio di non produrre gravi sintomi tossici, e però deve preferirsi alla tiroide, specialmente poi in quei casi nei quali il trattamento tiroideo non diede buoni risultati.

Alla stessa conclusione è venuto il prof. E. Sacchi (1), il quale dopo aver curato inutilmente per 40 giorni una giovane gozzuta, mediante la tiroide, passò alla cura timica coi tabloidi, osservando dopo un certo tempo la scomparsa completa del gozzo. Il Sacchi è di opinione che il chirurgo non deve mai accingersi ad estirpare un gozzo senza aver prima sperimentata la cura tiroidea e poi quella timica, qualunque possa essere la natura del tumore del corpo tiroideo; gli effetti che se ne otterranno saranno tanto più proficui, quanto più il gozzo sarà solo iperplastico, non degenerato, di data recente e quanto più giovane sarà il paziente.

Il dott. Gaibissi (2) invece, somministrando il timo di vitello in un caso di gozzo comune, non ottenne verun risultato. Da alcune sue ricerche comparative fra l'azione della tiroide e quella del timo, a lui sembra che l'associazione di queste due sostanze riesca a distruggere o almeno attenuare gli effetti del tiroidismo.

In un ragazzo di 14 anni, affetto da linfoadenoma, A. Robertson (3) somministrò i tabloidi di timo, non rilevando alcun miglioramento, notò invece eviden-

(1) Policlinico. Suppl. n. 13. 1896.
(2) Il Policlinico. Suppl. n. 41. 1896.
(3) The British medical Iournal. Settembre 1896.

te riduzione dell' emoglobina ed aumento dell' urea.

Recentemente Ch. Nammach (1) presentò all' accademia medica di New-Iork (sed. 8 aprile 97) una giovane ventenne, affetta da gozzo esoftalmico; dopo due mesi di cura timica egli osservò un notevole miglioramento dei sintomi nervosi e della nutrizione generale e diminuzione dell' esoftalmo, ma il gozzo non diminuì di volume.

Il dott. Stoppato (2) della clinica del prof. Cervesato di Padova, ritenendo logico il pensare che il timo nei bambini abbia una diretta influenza sul processo della nutrizione generale, ha voluto sperimentarne l'azione in alcune forme morbose, in cui più direttamente viene ad essere compromesso il processo nutritivo. Egli pertanto curò col timo fresco 10 bambini, di cui 4 affetti da atrofia, 4 da rachitide, 1 da anemia ed 1 da scrofola. Nei casi di atrofia, come in quelli di anemia, questa cura diede buoni risultati, apportando un miglioramento nella nutrizione e nello sviluppo del corpo, nei casi di rachitide e di scrofola il risultato fu nullo. Lo Stoppato ha notato che l' uso del timo non ha grande influenza sulle funzioni cardiache, respiratorie e digestive e sulle secrezioni; in qualche caso vi è aumento dell' urea nelle urine e dei leucociti nel sangue. La cura timica è ben tollerata anche dai piccoli bambini e può essere a lungo continuata ed anche associata ad altri rimedii. É preferibile somministrare il timo fresco , leggermente arrrostito, variando la dose giornaliera dai 20 ai 40 grm.

Il Blondel (3) ha testè esposto alla Société

---

(1) The Medical Record n. 16 1897.
(2) Il Policlinico. n. 8, 1897.
(3) Bulletin gén. de Thérap. Aprile 97.

de Thèrapeutique (sed. 7 Aprile 97) una nuova teoria della clorosi, in cui il timo rappresenta una gran parte; secondo tale A. la clorosi è una intossicazione dovuta a prodotti di disassimilazione, che si sviluppano durante il periodo della crescenza, questi prodotti vengono distrutti dall' azione antitossica della secrezione interna del timo durante l' infanzia e dell'ovario in seguito. Se la successione di queste due azioni antitossiche non si effettua in modo normale (il timo atrofizzandosi troppo presto, o l' ovario non sviluppando la sua secrezione interna che troppo tardi o irregolarmente) si ha un periodo di tempo durante il quale l' intossicazione non viene arrestata, determinandosi così la clorosi.

Il Blondel ha somministrato il timo crudo di vitello (10 grm. al giorno) a tre ragazze (14 a 15 anni) clorotiche, con amenorrea; dopo 2 o 3 settimane di cura, egli osservò che il colorito pallido del volto era scomparso, le forze aumentavano, ed in una di esse ricomparvero le regole, scarse, ma senza dolori. Le urine mostravansi ricche di fosfati. Non vi fu intolleranza pel timo, ma forte disgusto.

Oltre a questi lavori da me riferiti, hanno scritto pure su tale argomento il Newald, Bruns, Mackenzie, Lambert, Combè, Cadeàc, Guinard, ecc.

***

Volli anche io sperimentare l' efficacia terapeutica del timo in 6 casi di gozzo comune (4 donne, 1 uomo ed 1 ragazza), e, benchè in alcuni di essi il tumore tiroideo già esistente da parecchi anni dava adito al so-

spetto della esistenza di uno stato cistico o degenerativo, pur tuttavia somministrai questo preparato organico, perchè in questi stessi pazienti altre parti della tiroide eransi ingrossate da poco tempo e dai caratteri del tumore si poteva quasi con certezza ritenere trattarsi di una semplice iperplasia di quella glandola.

Non mi dilungherò molto nell' esporre la storia di questi casi, non presentando essi nulla di rilevante, sia nell' anamnesi che nel decorso dell' ingrossamento tiroideo, e perchè i pazienti, tranne il gozzo, godevano perfetta salute. Come causa occasionale notai spesso i patemi di animo, gli strapazzi corporei, i parti ripetuti; rilevai pure la conferma dell' eredità nei morbi della tiroide, infatti delle pazienti due erano sorelle ed avevano anche la madre gozzuta, altre due erano madre e figlia ed un' altra aveva il fratello egualmente affetto da gozzo.

Darò un rapido cenno dello stato della glandola tiroide nei sei casi da me curati:

### I Caso.

G. C. di anni 42, maritata con figli, da circa tre anni incominciò a notare un ingrossamento della regione anteriore del collo, in corrispondenza del lobo medio della tiroide, il quale ingrossamento aumentó di volume a mano a mano fino a raggiungere le proporzioni attuali. Palpando il tumore, si mostra di consistenza pastosa, elastica, cedevole sotto le dita; la cute che lo ricopre è di colorito normale, liscia, senza aderenze sottostanti, potendosi ben sollevare in pliche. — La circonferenza del collo, misurata ad un livello medio, superiore ed inferiore dá le cifre seguenti: circonf. sup. 32 centim., med. 34, inf. 36.

II Caso.

G. C. di anni 40, maritata con figli, da nove anni presenta un ingrossamento del corpo tiroideo e del lobo destro, che aumentando gradatamente di volume, raggiunge ora quello di una mela; il tumore mediano si mostra di consistenza duro-elastica, la cute su di esso è poco scorrevole e leggermente tesa, quello di destra presenta presso a poco gli stessi caratteri; da due anni poi la paziente narra di aver visto aumentare di volume anche la parte sinistra del collo, palpando infatti su questa regione si nota un tumore molto più piccolo dei precedenti, che cede alla pressione, dando una sensazione di elasticità e pastosità; durante i periodi mestruali questo terzo tumore aumenta leggermente di volume.

Circonf. sup. del collo 39 centim., media 42, inferiore 40.

III Caso.

De M. L. di anni 40, maritata con figli; da oltre sette anni soffre un ingrossamento nella parte media e destra del collo. L'ingrossamento di destra è molto voluminoso presentando la grandezza di un piccolo arancio, è duro-elastico al tatto, con cute alquanto aderente; quello medio è meno voluminoso, anch'esso duro elastico. Palpando a sinistra si avverte un terzo tumore, comparso da un anno appena, che si mostra al tatto pastoso ed elastico, e durante i catamenii s'ingrossa alquanto di più.

Circonf. sup. del collo 38 centim., media 43, inf. 44.

IV Caso.

A. M. di anni 38, contadino, celibe, è balbuziente e di mente molto ottusa. Da oltre dieci anni presenta un in-

grossamento nella parte mediana anteriore del collo, e da soli due anni un altro ingrossamento a destra meno voluminoso, ma molto più elastico e cedevole del primo. Dopo ripetuti sforzi, a causa del suo mestiere di zappatore, sente ingrossarsi leggermente il tumore al collo, ed avverte un senso di soffocazione e di affanno.

Circonf. sup. del collo 37 centim., media 38, inf. 41.

## V Caso.

G. F. di anni 40 maritata con figli, ha due figlie con gola grossa. La paziente da circa otto o nove anni mostra un rigonfiamento nella regione laterale destra del collo, che aumentato pian piano ha raggiunto il volume di un grosso uovo, e si presenta al tatto alquanto duro, poco elastico, con cute soprastante aderente; da un paio d' anni poi anche la regione mediana del collo si è ingrossata, questo secondo tumore più piccolo è di consistenza pastosa ed elastica.

Circonf. sup. del collo 33 centim., media 34, inf. 36.

## VI Caso.

B. C. di anni 14, figlia della precedente, alquanto anemica, non ancora si è sviluppata. Da circa tre anni presenta il così detto collo grosso o gola piena.

La circonferenza sup. del collo misura 27 centim., la media 30, e l' inf. 32.

In tutti e sei questi casi io somministrai giornalmente i tabloidi di timo della casa inglese Burroughs, Wellcome e C.°, sciolti nell' acqua, da due a quattro al giorno; non mi fu possibile spingere le dosi più oltre, giacché i pazienti vi si rifiutarono, dolendosi di disturbi gastrici (bruciore e peso allo stomaco, nau-

sea, inappetenza). Questa cura durò poco meno di quattro mesi; in tutto questo tempo non omisi di esaminare scrupolosamente i pazienti, ma nessun fenomeno d'intossicamento, come quelli che si osservano con l'uso della tiroidina, mi fu dato rilevare; in un caso durante il periodo mestruale questo si presentò più abbondante del solito. Di tratto in tratto esaminai le urine (limitandomi alla sola ricerca dell'albumina e dello zucchero), ma esse mi si mostrarono sempre normali. Avvedutamente non tenni verun conto del peso del corpo, giacchè queste mie osservazioni desiderai farle solo parzialmente, per vedere cioè quale azione il timo esercitasse sul gozzo, comprendendo bene che il fare delle ricerche intorno alla influenza del timo sui processi nutritivi dell'organismo richiedeva mezzi molto più estesi e complicati di quelli di cui poteva disporre. Nei miei casi i risultati della cura timica furono del tutto negativi; in una sola paziente (I caso) vidi scemare la circonferenza del collo di 2 centimetri, e nella ragazza (VI caso) di 3 centim.; in tutti gli altri l'ingrossamento tiroideo sia di data antica che recente restò immutato.

I pazienti sfiduciati si rifiutarono a proseguire la cura, nè potei indurli a sottoporsi al trattamento tiroideo.

∴

Dalle osservazioni finora raccolte risulta in modo evidente, come l'efficace azione terapeutica del timo non è ancora chiaramente dimostrata. Di fatti nel morbo di Basedow (stante ai casi finora pubblicati) la cura timica ha prodotto notevoli miglioramenti, risollevando la nutrizione dell'infermo e facendo scomparire varii sintomi, specialmente quelli nervosi, ma d'ordinario il volume del gozzo è rimasto immutato, come

del pari altri fenomeni molesti (tremore, esoftalmo, ecc.). In alcuni casi, (Owen, Maude, ecc.) sospendendo la cura timica, si son visti ritornare tutti i fenomeni del morbo, sicchè una guarigione completa e duratura non pare che risulta ancora evidente. D'altra parte le osservazioni di guarigione sono finora assai scarse, e lo Starr (1) dice bene, che i casi di guarigione si sono tutti pubblicati, ma quelli d' insuccesso non si son fatti egualmente conoscere. Per questa ragione appunto io mi sono indotto a pubblicare le mie osservazioni, malgrado i risultati negativi ottenuti, i quali del resto si accordano con quelli riferiti dal Gaibissi, Newald, ed altri. Nel gozzo comune quindi l'efficacia della cura timica é ancora incerta; le splendide guarigioni, rilevate da molti osservatori, mercè l'uso della tiroidina, non si sono ancora ottenute col timo. In alcuni casi di gozzo semplice (Reinbach, Sacchi, ecc.), la cura timica ha dato dei risultati dopo che il paziente aveva già da qualche tempo ingerito la tiroidina, la quale si fu costretti a sospendere per i gravi fenomeni d'intossicamento, ma in tali casi si può dubitare se il miglioramento verificatosi nel gozzo, più che all' azione del timo, possa attribuirsi a quella della tiroide.

Il caso di morbo di Parkinson (Owen) migliorato con la somministrazione del timo è l' unico e solo; é vero che fra i sintomi del gozzo esoftalmico, il tremore diminuisce notevolmente fino a scomparire del tutto con l' uso del timo, ma una sola osservazione non basta per dimostrare fino a qual punto il timo eserciti la sua benefica influenza su questo fenomeno nervoso.

---

(1) The Medical News. Aprile 1896.

L' atrofia e l' anemia infantile come pure la clorosi migliorano molto con l' alimentazione timica (casi dello Stoppato del Blondel), ma è necessario che nuove e più numerose osservazioni vengano ad avvalorare le prime; il voler poi sostituire il timo agli altri farmaci finora adoperati in detti morbi, non mi sembra cosa molto opportuna. E credo che la cura timica non potrà fare notevoli progressi, prima che non si giunga a conoscere con esattezza la funzione della suddetta glandola ed il modo col quale agisce sull' organismo.

∴

Il timo considerato anatomicamente, è composto da un aggregato di follicoli chiusi senza condotto escretore; al Landois sembra che esso sia una semplice glandola linfatica, produttrice di leucociti, e secondo il Köllicher nella vita fetale esso rappresenta una vera glandola epiteliale, e ripara alla inerzia delle glandole meseraiche. Nella vita estrauterina la sua funzione dura breve tempo, giacchè, molto attiva fino al secondo anno di età, si atrofizza e scompare verso la pubertà (12 a 14 anni).

Savaliew, Langherhans, ed altri hanno asportato ripetute volte la glandola timo, senza poter stabilire alcunché di positivo sulla funzione di essa; Friedleben vide morire per esaurimento un cane al quale aveva estirpato il timo e la milza, non ostante il vorace appetito dell' animale.

Altri autori (Abelous e Billard, Lebedinsky, Tarulli, Lo Monaco, Goldscheider) dopo l' ablazione della glaudola timo hanno notato perdita delle forze, disturbi trofici, e sopratutto poi decolorazione della cute ed alterazioni del sangue (leucocitosi). L' iniezione d' estratto timico realizza invece dei

fenomeni inversi e specialmente la colorazione della pelle, l' azoturia e la fosfaturia (M. Charrin).

Il Mossè ritiene che il timo possegga una funzione compensatrice della glandola pituitaria, altri di quella tiroide, ma ciò non può per ora ammettersi insino a che non si abbiano prove sicure.

Molteplici osservazioni hanno dimostrato che nel morbo di Basedow, il timo con una certa frequenza trovasi ipertrofico, avviene cioè una *reviviscenza*, nel corpo glandolare già atrofico (Moebius, Marie, Spencer, Iohnston, Mossler, Ioffroy, ecc.), ma però é da notare come oltre che nel timo, tale ipertrofia si presenta pure e contemporaneamente, nella milza, nelle glandole linfatiche, in quelle parotidee e lacrimali (caso di Bowman), nelle glandole linfatiche del torace (caso di Higgins), nelle glandole mammarie di un uomo (caso riferito da Starr).

Secondo lo Starr (1) con le conoscenze attuali non é dato ancora di poter precisare, se tale ingrossamento del timo, che spesse volte si avvera nel gozzo esoftalmico, sia dato da una ipertrofia analoga o compensatrice. Nel primo caso sarebbe analogo all' ingrossamento della tiroide, ed allora la somministrazione del timo sarebbe controindicata; nel secondo caso invece può riguardarsi siccome uno sforzo della natura per combattere i morbosi effetti dell' aumentata secrezione tiroidea, ed allora il timo è indicato. Pare quindi che se nuove osservazioni verranno a confermare i buoni risultati della cura timica nel gozzo esoftalmico, l' ipertrofia che in detto morbo si avvera nel timo dovrà ritenersi essere una ipertrofia compensatrice.

(1) Loco citato.

L'Owen con altri ritiene che il timo possegga una azione antagonista a quella della tiroide, (somministrando la tiroide si nota dimagramento e diminuzione del peso del corpo, col timo invece la nutrizione si rende migliore ed il peso del corpo aumenta); la secrezione tiroidea in modo diretto o indiretto ha una influenza stimolante sulle funzioni cerebrali, e vi sono ragioni per credere, che l'attività della glandola tiroide si aumenti allorquando avvengono cangiamenti attivi negli organi sessuali (Owen, Freund, Horsley), invece durante l'ibernazione di alcuni animali, epoca in cui il timo acquista il suo maggiore sviluppo, le funzioni cerebrali e sessuali sono sospese, come pure queste funzioni non sono ancora sviluppate nell'infanzia, durante la quale il timo mostra una grande attività funzionale.

L'osservare che il timo attenua di molto i fenomeni tossici del tiroidismo, avvolora fino ad un certo punto l'idea di tale azione antagonista.

Questo antagonismo è sostenuto pure dallo Chopinet, il quale per isbaglio somministrando per diverso tempo ad un mixedematoso il succo di timo, notò un progressivo peggioramento infino a che avvedutosi dell'errore e sostituendo la tiroide al timo, ottenne la guarigione del suo infermo.

Per il fatto che il timo nello stato normale é presente soltanto durante la infanzia, allorchè è necessario un attivo ricambio per lo sviluppo dell'organismo, e che è persistente negli animali ibernanti, molti autori ritengono che questa glandola possegga una influenza inibitoria sul ricambio materiale; ció è sostenuto dalla surricordata esperienza di Friedleben e da un caso osservato dal Demme, di un bambino morto in 40 giorni per rapido dimagramento che al-

l'autopsia presentò tubercoli nel timo, mentre tutti gli altri organi erano sani.

Mackenzie, Nammack e molti altri negano in modo assoluto che il timo possegga un'azione specifica e ne attribuiscono la benefica influenza nel morbo di Basedow ad una semplice azione nutritiva.

⁂

Da tutte queste osservazioni ed esperienze, da me brevemente esposte, possono ricavarsi le seguenti conclusioni generali:

1.° fino ad ora il timo (fresco o in tabloidi) è stato somministrato come mezzo terapeutico, nel gozzo esoftalmico, nel gozzo comune, nella paralysis agitans, nella clorosi, nell'atrofia ed anemia infantile; i risultati, secondo varii osservatori, sono stati soddisfacenti nel gozzo esof. nella clorosi e nell'atrofia ed anemia infantile, ma ancora incerti nel gozzo comune, giacchè accanto ai risultati favorevoli si annoverano anche quelli di completo insuccesso;

2.° gli effetti che si ottennero dalla cura timica nei casi di gozzo comune sono stati tanto più proficui quanto più il gozzo era solamente iperplastico, non degenerato o cistico, di data recente, e quanto più giovane era l'individuo;

3.° somministrando il timo, anche in dose alquanto elevata e per molto tempo, non si hanno quei gravi fenomeni tossici che si osservano con la tiroidina;

4.° la funzione della glandola timo non è ancora ben conosciuta. è certo però che essa ha una influenza positiva sui processi nutritivi dell'organismo, e svariate osservazioni lo attestano, (aumento del peso del corpo,

miglioramento della nutrizione generale, aumento dell' urea, ecc.)

5.° non è ancora ben dimostrato se il timo possegga un'azione antagonistica a quella della tiroide, benchè vi sieno molte osservazioni che sostengono tale ipotesi, come pure se esso abbia un'azione compensatrice in rapporto alla glandola pituitaria o alla tiroide;

6.° nello stato attuale delle nostre conoscenze è necessario che nuove e più numerose osservazioni e più severe esperienze vengano a dare nuova luce sulla funzionalità della glandola timo e sul suo valore terapeutico, altrimenti questo nuovo preparato organico sarà destinato ben presto a cadere in oblio.

*Nocera Inferiore (Salerno) 12 maggio 1897*

---

*R. Manicomio di Lucca*

# Sulla fisiopatologia dei lobi prefrontali del cervello

## Contributo clinico

PEL

DOTT. ANDREA CRISTIANI

Vice Direttore

I magistrali lavori del Bianchi, cui nel campo clinico hanno fatto degnamente eco quelli specie, di due suoi allievi, D'Abundo e Colella, hanno messo in evidenza l'importanza dei lobi prefrontali del cervello nei fattori intellettivi.

Però fra i casi clinici illustrati a confermare la teoria del Bianchi nessuno é cosí netto, chiaro, evidente, come quello che io ho avuto l'opportunità di studiare e che forma oggetto della presente pubblicazione (1).

Il mio caso infatti si può ben chiamare una vera esperienza sull'uomo, giacchè un trauma sul cranio, nella regione frontoparietale sinistra, opera una specie di lesione sperimentale cerebrale in un giovane robusto, sano, non sifilitico, non alcoolista, sobrio e tranquillo, senza precedenti ereditarii nè personali neuro o psicopatici, la quale attraverso la vasta breccia cranica, a-

(1) Lo devo alla gentilezza del Prof. Guarneri, chirurgo primario dei RR. Spedali di Lucca, e del suo Aiuto Dott. P. Fanner, i quali sentitamente ringrazio.

perta dal traumatismo, si vedeva con tutta comodità e sicurezza limitarsi alla parte posteriore e media della prima e seconda circonvoluzione frontale sinistra, consistere in una pura e semplice decorticazione con poco o nessun interessamento della sottostante sostanza bianca, senza complicanze, quali grave commozione cerebrale, compressione cerebrale, emorragia, suppurazioni con febbri da riassorbimento, meningo-encefaliti, epilessia ecc. Da non potersi così i disturbi psichici, iniziati subito dopo prodotta la lesione cerebrale, mettere in relazione con altro fatto all' infuori della lesione cerebrale, che senza dar luogo ad alcun disturbo di senso o di moto, determinò fenomeni morbosi unicamente nella sfera psichica e più specialmente a carico delle più elevate funzioni mentali; e tutto ciò nel modo il più chiaro ed evidente, avendo io avuto agio di potere osservare e studiare il malato fin dal primo momento della produzione della lesione cerebrale e seguirlo continuamente fino al giorno d' oggi.

Queste ed altre circostanze, le quali nei casi consimili fino ad ora illustrati non si ritrovano, specialmente poi non tutte riunite come nel mio malato, lo rendono oltremodo interessante, ed eccomi perciò ad esporre la storia clinica.

B. A. é un uomo giovane di 24 anni, muratore, coniugato da pochi mesi.

Le notizie anamnestiche del B. tanto gentilizie, quanto personali, risultano negative. Egli non é stato mai dedito alle bevande alcooliche, non è sifilitico, nè abusatore dei piaceri della vita, che ha sempre condotta laboriosa, sobria, tranquilla e calma. È stato sempre sano e robusto.

Il 17 Luglio 1896, lavorando alle nuove fabbriche dei Macelli di Lucca, ricevè da un trave caduto dall' alto un traumatismo sul cranio. Il trave con una delle sue

estremità, con uno dei suoi angoli acuti, colpì la regione frontoparietale sinistra del cranio. La violenza del colpo e l'angolo acuto del trave fecero sì che il traumatismo operò al B. come una specie di craniectomia, aprendo cioè una larga breccia ossea mediante frattura comminuta delle ossa con asportazione dei frammenti ossei e contemporaneamente operò come una specie di estirpazione di un largo tratto di tessuto meningo-encefalico sottostante, lacerando cioè ed asportando meningi e corteccia cerebrale con poco o nessuno interessamento della sostanza bianca. La breccia cranica occupava la parte anteriore più alta della regione frontoparietale sinistra ed era diretta dall'indietro all'avanti ed un po' dall'infuori all'indentro. Misurava 8 centimetri di lunghezza e 3 centimetri di larghezza. Si notava la sottostante corteccia cerebrale denudata delle meningi e una vera decorticazione cerebrale nella parte posteriore e media della prima e seconda circonvoluzione frontale sinistra.

Subito dopo il traumatismo vi fu leggera e transitoria commozione cerebrale. Tanto è vero, che il malato messo in un legno subito dopo ricevuto il traumatismo, e dal luogo della disgrazia portato in fretta all'ospedale di Lucca, distante nemmeno cinquecento metri, vi arrivò che già aveva ripreso interamente la coscienza. Sembrava un uomo perfettammente sano all'infuori della lesione chirurgica; non presentava infatti alcun disturbo psichico, nè della motilità, nè della sensibilità ecc.

Ma passato il tempo appena necessario pel trasporto del malato all'ospedale, per i preparativi e l'esecuzione della medicatura, mentre questa era presso che ultimata, cioè circa un'ora dopo ricevuto il traumatismo, il malato manifestò i primi disturbi psichici, consistenti in un attacco di epilessia psichica.

Infatti la riunione di varii medici, le loro domande, i loro discorsi, i loro ordini, il loro movimento, l'andare e venire del personale di servizio, l'arrivo del materiale da medicatura, degl'istrumenti chirurgici, il B. l'interpretò in modo delirante, come il preparativo cioè di marterizzarlo, di ammazzarlo. Il contenuto persecutorio-terrifico delle idee deliranti determinarono nel B. intensa reazione psico-motoria, uno stato emotivo ansioso terrifico, da raggiungere il più alto grado di agitazione psico-motoria fino ad un vero e proprio parossismo di furore, con atti aggressivi, distruttivi, di una violenza la più cieca e più brutale, veramente selvaggia, contro quanto gli si parava dinanzi, cose e persone. Per cui, onde condurre a termine nel B. la medicatura, bisognò assicurarlo in letto con la camicia di forza ed altri mezzi di coercizione meccanica.

Il B. in questo attacco di epilessia psichica non ebbe perdita totale e completa della coscienza, ma presentò appena uno stato crepuscolare della coscienza, non amnesia, ma soltanto memoria un po' confusa, un po' oscura. Non ebbe delirii sensoriali (illusioni, allucinazioni della vista, dell'udito, ecc.), ma soltanto disturbi nella sfera intellettiva e più specialmente nelle più elevate funzioni intellettive, quali i poteri critici ed inibitori; ebbe cioé semplicemente e puramente errori di giudizio, interpretazioni erronee, deliranti, veri e soli delirii intellettuali, con reazioni emotive e motorie, niente affatto dirette ed inibite dalla volontà ormai annientata.

Questo accesso di epilessia psichica ebbe breve durata, giacchè il B., appena fu finita la medicatura, venne subito liberato dai mezzi di coercizione e già era tornato tranquillo e calmo.

Il B. però, ancorchè non più delirante, nè agitato, continuò poi sempre a manifestare la notata deficienza critica e volitiva, a tal segno che ad onta delle più

chiare, dettagliate, esplicite, concordi narrazioni ed affermazioni dei suoi parenti dei suoi compagni e più ancora dei medici, sulla disgrazia occorsagli, sulla entità e gravezza della ferita riportata, ad onta di vedere attorno a sè tanto movimento di persone e di cose per medicarlo, ad onta della provata violenza contro la sua inconsulta e violenta opposizione a farsi medicare, ad onta di vedersi poi a letto con tanti riguardi, in una camera speciale, da sè solo ed assistito da serventi esclusivamente addetti a lui, ad onta di tutto ciò il B. lucido di mente, cosciente, non aveva alcun orientamento, non che una chiara ed esatta comprensione del proprio stato di salute gravissimo; invece aveva la piena e ferma convinzione che fosse una cosa da poco, che tutte fossero esagerazioni, provvedimenti inutili, noiosi e dannosi: voleva che gli fosse semplicemente applicato un cerotto sulla ferita e lasciato in libertà di abbandonare subito l'ospedale e da sè solo, senza l'aiuto di alcuno, fare a piedi immediatamente ritorno a casa.

Ed era poi evidentissimo il contrasto, l'incoerenza, la contradizione fra il contenuto ideativo e le tendenze volitive del B. da un lato, e dall'altro lato l'indifferenza, l'apatia, la passività, con cui in fondo a tutto e a tutti egli si sottometteva.

Di più fino dai primi giorni della sua degenza nell'ospedale manifestò sempre paure patologiche. Il B. messo da principio in una camera solo, con appositi serventi, si lamentava, aveva un senso vago, indeterminato, di paura a trovarsi in una camera solo, con quegli uomini, gl'infermieri, che non conosceva, non si sentiva troppo sicuro e tranquillo. Passato quando lo si potè, in una corsía insieme ad altri malati, si lamentava pure, aveva un senso vago ed indeterminato di paura a trovarsi in una sala tanto grande, in mezzo a tanta gente, che non conosceva e al solito non si sen-

tiva troppo sicuro e tranquillo. Del resto il B. non solamente non manifestava disturbi psico-sensoriali, o idee deliranti di persecuzione, ma non sapeva nemmeno lui veramente di che e perchè avesse timore e paura e soltanto non si sentiva sicuro, quieto e tranquillo nell' ambiente ospitaliero e provava un senso vago e indeterminato di paura. Queste fobie arrivavano perfino a dar luogo a stati intercorrenti di leggiere e fugaci reazioni emotive ansiose.

E nel B. le interpretazioni, erronee, deliranti, dello ambiente ospitaliero, con reazioni emotive ansiose-terrifiche, che già notammo nell' accesso di epilessia psichica, ed ora questo stato panofobico del B. ci mostrano ancora meglio la natura loro patologica, quando si pensi come il B. non fosse nuovo alla degenza nell' ospedale e per di più nel medesimo ospedale di Lucca, dove già un' altra volta e per assai tempo era stato ricoverato affetto da patereccio a un dito di uno mano; e vi era stato quieto e tranquillo, volentieri e bene e n' era uscito guarito, soddisfatto e contento.

Il B. fin dai primi giorni della sua degenza nell' ospedale manifestó anche numerosi altri disturbi psichici, a forma sempre di depressione e deficienza mentale ed esplicantisi di preferenza a carico delle più elevate funzioni mentali.

Il B. infatti presentava l' attenzione appena un po' tarda e lenta a ridestarsi, la quale poi si manteneva assai tesa anche a lungo, senza che troppo facilmente si stancasse. Aveva pure, dentro i limiti del suo sviluppo mentale, la percezione un po' tarda e lenta, ma adeguata agli stimoli, chiara ed esatta. La memoria si mostrava notevolmente indebolita, non giá nel potere di ritentiva, ma di evocazione. Infatti il B. mentre talora manifestava difficoltà ad evocare, anche con sforzi di memoria, ricordi antichi e recenti, quando invece

in qualche modo questi gli si aiutavano a rivivere, ad esempio evocando in lui come punti di ritorno qualche accessorio, qualche dettaglio di avvenimenti; allora li ricordava interamente in tutta la loro chiarezza ed esattezza.

La coordinazione dei ricordi non riesciva agevole, le connessioni associative esistenti fra di essi non mostravano una attiva elaborazione del soggetto, non vi si scorgevano le traccie di associazioni appercettive, di intime fusioni delle idee in concetto, alla produzione del quale occorre una scelta cosciente degli elementi formali tra l'intero numero delle associazioni che si presentano.

Per tale disordine le idee si fermavano allo stadio di forme sensibili percepite ed il manchevole sviluppo anche delle connessioni puramente associative ostacolava grandemente il processo riproduttivo, che dipende in gran parte dalla connessione associativa delle singole forme mnemoniche, e si aveva per necessaria conseguenza povertà delle idee ed ottusità della memoria.

Per tal fatto si aveva una limitazione, un restringimento dell'orizzonte intellettuale, un impicciolimento della sfera di ideazione.

Nei suoi giudizii e raziocinii, anche i più semplici e facili, il B. mostrava tale deficienza e debolezza che egli era sempre incerto, indeciso, perplesso, mai esplicito, categorico, sempre fiacco, vago, fluttuante, anche quando un'affermazione o negazione esplicita, categorica, fosse tornata a suo evidentissimo vantaggio. Spesso riesciva anche veramente fatuo, puerile, stupido, imbecillesco.

Il B. non si interessava più, come avanti, di quanto cadeva nel suo campo di osservazione. Rimaneva in generale svogliato, in uno stato di indifferentismo, di apatia, di passività, di inerzia fisica e mentale.

D' ordinario non parlava se non provocato, ed anche in questo caso rispondeva come contro voglia alle domande direttegli, sia di fatti occorsi da qualche tempo, sia di cose riferibili all' attuale momento; non prendeva interesse a quello che diceva, dava di sè e delle sue cose una quantità di informaziomi contradittorie, appariva come uno che vivesse come trasognato; il suo discorso era sempre breve, senza vita, senza animazione, spesso slegato, a volte incoerente; ed il B. nella lenta e difficoltata riproduzione ideativa, spesso si arrestava, non trovava la parola, la frase per esprimere l' idea e continuare il discorso.

Non domandava spontaneamente quasi mai nulla, e mai poi con insistenza. Mostrava in tutto e per tutti un generale difetto di iniziativa, di vivacità, di tono. In questa mancanza di energia psichica e di critica l' animo suo rimaneva d' ordinario ottuso e languido e mostrava a prima vista una padronanza di sè, una calma ed una tranquillità, che non erano altro che il prodotto di questa generale assenza di vivacità e di tono. Il B. non si mostrava per niente preoccupato, angosciato, ma invece indolente, indifferente, calmo, tranquillo, perfino di fronte alla gravità ed all' esito della ferita, alle miserrime condizioni ed all' avvenire suo e della sua famiglia.

Nel B. i poteri inibitori, volitivi, erano deficienti, deboli, giacchè egli nelle sue determinazioni si mostrava sempre indeciso, perplesso, fluttuante, volubile e negli atti e nel contegno, si mostrava indifferente, apatico, passivo verso tutto e verso tutti, e talora fatuo, puerile, stupido, imbecillesco.

È stato sempre lucido di mente, cosciente.

Aveva sonni lunghi, tranquilli, riparatori.

I disturbi psichici, che abbiamo rilevato nel B. assunsero fin dai primi giorni e mantennero poi andamen.

to progressivo, finchè dopo cominciò il miglioramento fino a raggiungere la completa guarigione.

Infatti i disturbi psichici, mentre da principio si presentarono sotto forma di una mancanza di spontaneità e di energia psichica, ben tosto poi progressivamente raggiunsero un notevole grado di deficienza e debolezza mentale, fino ad aversi tardità, facile stanchezza dell' attenzione, lentezza, limitazione del processo percettivo, ristringimento dell' orizzonte intellettuale, lentezza, difficoltà nei processi associativi, incoerenza ideativa, infiacchimento di tutti i poteri mnemonici; vacuità nella sfera affettiva, deficienza nei poteri critici e volitivi, obnubilamento della coscienza, indifferentismo, apatia, passività, contegno fatuo, puerile, stupido, imbecillesco.

Il B. durò in questo stato circa tre mesi, quando cominciò a migliorare, fino a raggiungere la completa guarigione.

Il miglioramento procedè in modo progressivo, ma sollecito, e la ricostituzione mentale si fece in un ordine inverso della dissoluzione. Infatti il B., per prima cosa, cominciò dal ridestarsi dal suo stato di torpore e di ottundimento mentale, riacquistando spontaneità e vivacità psichica.

Il materiale mnemonico poi divenne più stabile, più chiaro, nella coscienza. Fra i singoli ricordi si stabilì una maggiore solidità, un nesso logico e alle pure e semplici connessioni associative tennero dietro associazioni appercettive. Si ripristinò la capacità di una facile riproduzione, si allargò la sfera della ideazione, il processo ideativo tornò normale per forma e per contenuto, la comprensione tornò ad acquistare chiarezza ed esattezza, ricomparve una robusta elaborazione mentale, la sicurezza, la giustezza dei giudizii, la fermezza di una sana critica e di una energica volontà.

Si ridestò pure la vita affettiva ed un vivo interessamento a quanto cadeva nel campo di osservazione.

Il B. aveva ripreso piena coscienza del proprio stato, ricordava ora, in questo tempo felice per l'ottenuta guarigione, gli avvenimenti penosi della sua malattia con chiarezza, esattezza e dettaglio, provava ora un sentimento di euforia e riconosceva tutta la morbosità delle idee manifestate e degli atti commessi nella sua malattia.

L'attenzione si rifece pronta, e capace di mantenersi tesa a lungo, senza stancarsi e sottoposta ad una direzione volontaria. Così pure le percezioni ridivennero pronte, chiare ed esatte.

Il B. assunse di nuovo il suo contegno di uomo assennato, serio e laborioso.

Così prima il nostro esame psicologico accerta la completa guarigione dei disturbi psichici presentati dal B., la normalità delle attuali condizioni del B., poi anche il responso dell'esame, superficiale sì, ma però comparativo, da parte di quei di famiglia, degli amici rafferma, in piena armonia con i resultati del nostro esame, quella completa guarigione e quella normalità mentale come avanti che il B. si ammalasse.

Dissoluzione mentale prima e ricostituzione mentale poi dovute e rappresentate l'una dalla mancanza di una attiva, elaborata e robusta coordinazione e fusione dirò intellettiva, vera sintesi mentale di tutti i prodotti funzionali cerebrali corticali che cooperano alla normalità dei più elevati processi mentali, l'altra dalle compensazioni funzionali che alla distruzione traumatica della maggior parte del lobo prefrontale sinistro provenivano dalla integrità anatomica e dalla iperfunzionalità dei vasti dominii del lobo prefrontale destro, rimasto interamente illeso dalla lesione traumatica.

I quali fatti tutti già sperimentalmente e clinicamente, il Bianchi stesso ha dimostrato.

Il B., poi, tanto durante la malattia, quanto a guarigione avvenuta, ripetutamente esaminato dal lato della motilità e della sensibilità generale e specifica ci ha sempre dato resultati negativi.

La sensibità tattile (saggiata anche col compasso di Weber) era normale da ambo i lati e su tutta la superficie del corpo. Così la sensibilità dolorifica, termica, barica, muscolare ed elettrica. Parimenti i sensi specifici.

Quanto alla motilità (studiata anche col dinamometro e con le due correnti elettriche), i muscoli si contraevano normalmente, le contrazioni determinate dalla volontá erano valide, non offrivano resistenza alcuna i movimenti passivi.

Non appariva nemmeno il più leggiero indizio, neanche di paresi in nessuna parte del corpo.

I riflessi rotulei, tendinei, periostei, cutanei e muscolari si mostravano vivaci. Così i reflessi vasomotori agli stimoli meccanici.

Normali erano i riflessi delle pupille, di cui la sinistra ci si mostrava perennemente più dilatata della destra.

Erano pure normali le funzioni del retto, della vescica, e dei visceri tutti della cavità toraco-addominale.

Nessun componente patologico abbiamo riscontrato nella secrezione orinaria.

Il B. dal lato antropologico (1) non offre stimmate di degenerazione. Si nota soltanto una leggera depressio-

(1) Per amore di brevità tralascio le misure craniometriche, che niente presentavano degno di menzione.

ne alla radice del naso, il labbro superiore un po' grosso, tumido, tagliato a sghembo.

Quanto alla ferita cranio cerebrale, riportata dal B. aggiungeremo brevemente, come non desse mai luogo a commozione od emorragia cerebrale gravi, a fenomeni di compressione cerebrale, a convulsioni epilettiche motorie, né ad altre forme di epilessia (meno l'attacco accennato di epilessia psichica), a fenomeni di meningoencefalite. Attraverso la ferita faceva da principio ernia la massa cerebrale, ma dopo qualche tempo, caduta quella parte della corteccia cerebrale offesa dal traumatismo e necrosata, la stessa ferita fu chiusa da un forte e spesso tessuto cicatriziale pulsante. Tutta la cura consistè soltanto nella medicatura antisettica.

Il caso che ho riferito rende inutile ogni considerazione; tanto é di per sé netto, semplice, chiaro, evidente, eloquente per la teoria del Bianchi, sulla fisiopatologia dei lobi prefrontali, alla quale teoria il caso che ho riferito serve al tempo stesso contemporaneamente da dimostrazione e conferma clinica, e da dimostrazione e conferma sperimentale, essendo riuscito per le sue circostanze e modalità una vera e propria esperienza sull' uomo.

---

# Contributo allo studio della sensibilità igrica

PEL

DOTT. RODRIGO FRONDA

---

F. C. d' anni 40, donna di facili costumi, venne ricoverata in questo Manicomio il dì 6 Marzo 1894, quando la sua psicopatia era già cominciata da circa otto mesi. Pare che non vi siano precedenti ereditarii, e tra le notizie anamnestiche figurano largamente gli abusi sessuali, di vino e sostanze alcooliche, e la sifilide.

I primi sintomi della infermità, notati da alcune sue compagne di mestiere, consistevano in un notevole indebolimento delle facoltá mentali, accompagnato ad intensa cefalalgia, tremore delle mani e leggiero inceppo della favella. In Manicomio poi, oltre i suddetti sintomi, furono osservati pure il tremore fibrillare della lingua, la disuguaglianza delle pupille e la diminuzione del riflesso rotuleo; e dal lato psichico, smisurate ed incoerenti idee di grandezza. Ed in base a tutti questi fatti, si stabilì facilmente la diagnosi di paralisi progressiva.

Qualche mese più tardi cominciava la nostra inferma ad avere delle allucinazioni, sopratutto la notte, durante la quale dormiva pochissimo o nulla, ed occorreva frequentemente reprimerla per impedirle di lasciare il letto. Credea che una tale Mariella dal soffitto le versasse della segatura sulle spalle, della polvere negli occhi e *dell' acqua fredda su tutta la per-*

*sona*; spesso gridava più forte, dicendo di *trovarsi addirittura immersa con tutto il corpo nell' acqua fredda.* E quando la infelice era tormentata da tali moleste allucinazioni, mostravasi eccitatissima, e non facea che togliersi la camicia, che ritenea *bagnata,* e gli altri indumenti; come pure non volea a nessun costo rimanere a letto, ritenendo *bagnati* i guanciali, il covertino, le lenzuola ed ogni altro oggetto che fosse a contatto colla superficie del suo corpo.

La specialità del caso richiamò la mia attenzione, e subito pensai di studiarlo attentamente; ma trovai insormontabili difficoltà ad eseguire un accurato esame obbiettivo, a causa della debolezza mentale e sopratutto del disturbo della coscienza; e solo parvemi la sensibilità dolorifica alquanto diminuita, a giudicare grossolanamente dalla poca reazione alle profonde e ripetute punture eseguite con uno spillo in varie regioni del corpo. Ogni oggetto che veniva a contatto della sua pelle le producea l' impressione di *bagnato,* e *sempre di bagnato freddo.*

Questo caso tenevo in osservazione fin dalla metà dell' anno '94, prima cioè che vedessero la luce le ultime pubblicazioni in proposito del Tambroni (1) prima, poi del Mingazzini (2), e finalmente di Alessi e Cristiani (3). E se non lo pubblicai in quell'epoca, fu perchè, in base alla fatta diagnosi di paralisi progressiva ed al rapido decorso che questa mostrava di

(1) *Tambroni.* Contributo allo studio d' una nuova modalità della sensibilità cutanea (sensibilità igrica). Riv. sper. di Freniatria, 1893.

(2) *Mingazzini.* Contributo allo studio dei disturbi della sensibilità igrica. (Annali di Neurologia, 1895).

(3) *Alessi* e *Cristiani.* Contributo allo studio dei disturbi della sensibilità igrica negli alienati di mente. (Manicomio moderno, 1895).

avere nella nostra inferma, ne credetti prossimo l'esito finale; epperò avevo la sicurezza di aggiungere all'esame clinico un' accurata indagine necroscopica, che alla pubblicazione potesse dare un maggior interesse.

Le cose invece non andaron punto come io avevo preveduto, poichè da qualche mese s'è iniziato in lei un periodo di vera remissione della malattia; i fatti somatici sono del tutto scomparsi, residuando del quadro morboso non altro che una certa debolezza mentale a forma apatica, e dal lato fisico un notevole impinguamento. *Il disturbo della sensibilità igrica è del tutto scomparso, nè l'inferma ne presenta alcun ricordo. L'esame obbiettivo, che si può ora eseguire con minori difficoltà, ci rivela normali tutte le sensibilità; come pure è a notare che insieme al disturbo della sensibilità igrica sono scomparse tutte le allucinazioni che con quello concomitavano.*

*
* *

È noto che le prime osservazioni su questo speciale disturbo furono fatte dal Ramadier (1), quantunque prima di lui ne avesse vagamente parlato nel capitolo delle allucinazioni dell'odorato, del gusto e del tatto il Baillarger (2), il quale ha osservato il fenomeno in molti paralitici e in un caso di delirium tremens. Ma spetta al Tambroni (3) il merito di aver per il primo studiato diligentemente il fatto, e di aver tentato da una parte di farne un disturbo a sè, indi-

(1) *Ramadier*. Trouble special de la sensibilité cutanée (sensation de mouillure), observée chez deux alienées. (Annales Med. Psychol. 1888).

(2) *Baillarger*. Recherches sur les maladies mentales (Vol. I, pag 344, e 345).

(3) Loc. cit.

pendente dagli altri disordini della sensibilità cutanea; e dall' altro di dare, in base ai reperti necroscopici, al senso igrico una speciale localizzazione nel cervello, e propriamente nella parte antero-inferiore ed interna del lobo sfenoidale.

Dal canto mio, facendomi difetto, come dicevo, il reperto necroscopico, non posso portar nuova luce sull' argomento; e dichiaro fin da ora di pubblicare questa osservazione al solo scopo di arricchire la casuistica. Mi limito perciò a qualche brevissima considerazione d'indole clinica, qualunque ne sia il valore, ripromettendomi di fare le opportune ricerche al tavolo anatomico, qualora la infelice ricoverata, ripigliando la paralisi il suo decorso, morisse in questo Asilo.

E prima di tutto, che specie di allucinazioni avea la nostra inferma? Evidentemente visive, perchè, se ne togli la impressione della polvere negli occhi da attribuire senza dubbio di sorta ad una falsa interpretazione, essendo essa in quell' epoca affetta da intensa congiuntivite catarrale; resta l' altra del vedere continuamente la Mariella al soffitto. E poi aveva allucinazioni del senso tattile e termico, perchè quella Mariella non facea che gettarle della segatura sulle spalle e dell' acqua fredda su tutta la persona; e finalmente ogni contatto avvertiva come freddo. e quando si sentiva tutta immersa nell'acqua, questa pure era sempre fredda. Mancavano allucinazioni dell'udito, dell'odorato, ecc.

Giova poi notare come il disturbo della sensibilità igrica si esacerbava, quando l' inferma era maggiormente eccitata, e rimettea quando essa era più calma; fatto che si è reso più evidente quando colla remissione quasi completa della psicopatia, coincide la scomparsa totale di esso disturbo una alle allucinazioni che lo accompagnavano.

Quest'ultima considerazione ci mena direttamente ad

ammettere che il detto disturbo era in rapporto con un' alterazione centrale, e propriamente dei centri sensoriali corticali, molto probabilmente per una turba circolatoria; che entrava a far parte del quadro degli altri errori sensoriali, e che tutti insieme dipendevano da uno stesso stimolo. Mancata questa come causa generatrice, son mancati simultaneamente tutti gli effetti.

Ma quel che v'ha d' importante nel caso in esame, a differenza di quelli studiati dai citati autori che mi han preceduto, è proprio che il disturbo della sensibilità igrica non è isolato, ma accompagnato con altri della sensibilità termica e tattile e con allucinazioni visive, come chiaramente risulta dalla storia clinica: senza dire che altri disturbi poteano esservi, e che per le ragioni innanzi cennate sfuggivano al mio esame metodico. Ora, è vero che questa concomitanza non nega che la sensibilità igrica possa trovarsi disturbata isolatamente in altri casi, e che possa avere una speciale localizzazione nel cervello, perchè lo stimolo cerebrale avrebbe potuto agire nella nostra inferma su diversi punti contemporaneamente, come di leggieri si verifica nei malati di mente. Ma da questa possibilità alla certezza per risolvere in modo assoluto questo quesito,ci corre; e francamente, stando alla nostra osservazione ed in base alle conoscenze fisiologiche vigenti, ci sembra più opportuno pensare che detto senso non sia che una varietà del tattile.

In tutt' i modi potrebbe al più trattarsi, come per tutte le altre modalità della sensibilità cutanea ( termica, dolorifica, ecc. ), di una dissociazione, e non mai di tanti centri limitati e divisi perfettamente l'uno dall'altro, e che funzionano in modo del tutto indipendente tra loro. E di ciò ne dà ogni giorno prova la clinica osservazione, verificandosi sì, ma con una molto relativa frequenza, il fatto di un'anestesia, una iperestesia

od un pervertimento di una sola delle sensibilità, rimanendo perfettamente integre tutte le altre.

Finalmente, nel caso mio, come nel secondo del Tamburini, il disturbo ha avuto il carattere dell'allucinazione, perchè non solo non è sempre stato necessario lo stimolo periferico per farlo insorgere; ma bene spesso l'inferma ha sentito di esser proprio tuffata nell'acqua con tutto il corpo nei momenti in cui era più fortemente eccitata, e quando era perfettamente nuda fuori di letto.

E tal fatto verificatosi in persona affetta da paralisi generale, in cui figura come alterazione anatomica una lesione corticale, ci conferma anche una volta la dottrina del Tamburini sulla genesi delle allucinazioni nella corteccia; e ci spiega come il disturbo in esame abbia potuto accentuarsi nei periodi di maggiore eccitamento psichico, diminuire in quelli di relativa calma, e scomparire quando il morbo è entrato in una fase di vera remissione.

Ora, questa mia osservazione non autorizzandomi a trarre conclusioni ben nette a pro' di qualsiasi ipotesi sulla indipendenza o meno della sensibilità igrica, nè su di una possibile sua speciale localizzazione; ha lo scopo appunto, come innanzi ho dichiarato, di arricchire la casuistica, e di richiamare semprеppiù l'attenzione dei colleghi nel ricercare il disturbo in parola. Io son convinto che se anche non si giungesse a dimostrare altro, si finirà per lo meno per trovare che esso è meno raro di quanto si è creduto finora; difatti, siccome i malati che più facilmente lo presentano, giusta i casi finora studiati, sono paralitici in massima parte ed epilettici, pel profondo decadimento mentale e pel disturbo della coscienza non sono sempre al caso di richiamare l'attenzione su tutti i loro disturbi, e così molte lo-

ro sofferenze sfuggono all'occhio del più diligente e scrupoloso osservatore.

Che se poi analisi cliniche minute e molteplici, e ripetuti reperti macro e microscopici potessero risolvere la questione molto importante della localizzazione di questo senso, e forse elevarlo a sintoma di una speciale psicopatia; sarebbe allora non solo chiusa, ma anche giustificata la polemica dispiacevole, avvenuta non ha molto tempo fra due distinti e rispettabili cultori della scienza alienistica.

*Nocera Inferiore, giugno 1897.*

# LA CORTECCIA CEREBRALE

DI UN

## DELINQUENTE PARANOICO

### Nota istologica

DEL

DOTT. GAETANO ANGIOLELLA

Chi legge quella enciclopedia di antropologia criminale che è l' ultima edizione dell' Uomo delinquente del Lombroso, si accorge subito che, per quanto sono abbondanti gli studii e le conoscenze sulle anomalie morfologiche grossolane delle varie parti dell' organismo dei criminali, altrettanto sono deficienti quelli sulle lesioni intime di struttura, sopratutto dell' organo più importante a studiarsi sotto questo punto di vista, cioè il cervello. Gli autori, infatti, che di tali studii si sono occupati non sono molti, e le lesioni da questi pochi messe in luce sono alterazioni tenui, comuni a parecchi stati e alle quali, quindi, difficilmente si può attribuire valore specifico, e per lo più lesioni di natura morbosa, mentre si sa che in questi individui le anomalie a cui devesi dare importanza maggiore sono quelle congenite, teratologiche, allo stesso modo che congenite e teratologiche sono quelle anomalie macroscopiche che costituiscono la massima parte delle cosi dette note degenerative dei criminali.

Nel libro suddetto, infatti, si fa menzione soltanto dell' esame istologico, praticato da Arnold e Max

Connel (1), del cervello di Guiteau, nel quale i cennati autori riscontrarono gli spazii linfatici perivasali ripieni di granuli di pigmento, residui di antichi stravasi sanguigni; i capillari, specie della sostanza grigia, in preda a degenerazione granulare, mentre in quelli della sostanza bianca vi eran tracce di iperplasia cellulare, ed aumento di pigmento nelle cellule nervose.

Il Golgi trovò nel cervello di Gasparone un ispessimento dell' avventizia dei capillari della pia madre, ed abbondanti granulazioni pigmentarie nelle cellule nervose e in quelle connettivali, nelle quali ultime abbondavano anche i corpuscoli amiloidi.

In un altro assassino il Villigk trovò aumento di pigmento nella parete dei capillari, specie del 2.°, 3.° e 4.° strato della corteccia, meno nello strato superficiale e nella sostanza bianca; il pigmento era aumentato ancora nelle cellule nervose, ad eccezione di quelle grandi piramidali. Il canal centrale del midollo spinale era obbliterato.

Il primo studio importante, quindi, sull' istologia cerebrale dei delinquenti può dirsi essere quello eseguito dal Roncoroni (2), il quale ha esaminato la corteccia dei lobi frontali di 10 normali, 2 neonati, 25 epilettici, 19 criminali, 10 pazzi e 14 animali. Nei criminali e negli epilettici ha riscontrato assente od atrofico lo strato granulare profondo o strato profondo delle piccole cellule nervose, sicchè dallo strato delle grandi cellule piramidali si passa direttamente a quello delle cellule polimorfe e quindi alla sostanza bianca; ha trovato, inoltre, molto sviluppato lo strato delle gran-

(1) Citati in *Lombroso*. L' Uomo delinquente. Torino, Fratelli Bocca 5. Edizione, 1896. Vol. I. pag. 209-210.

(2) *Roncoroni*. La fine morfologia del cervello degli epilettici e dei delinquenti. (Archivio di Psichiatria, 1896, Vol. XVII Fasc. I-II).

di cellule piramidali, ed abbondanti le cellule nervose nella sostanza bianca degli emisferi. A tale reperto egli dà notevole importanza sia perchè rivela ancora una volta l'abnormità di sviluppo del sistema nervoso, sia perchè stabilisce un'altra analogia tra epilessia e delinquenza congenita, sia infine pel suo significato atavico, perchè specialmente la presenza e l'abbondanza di cellule nervose nella sostanza bianca è una nota che si riscontra in alcuni animali inferiori, come nel coniglio, nella gallina e nel cane.

∴

Essendomi capitato di aver sottomano il cervello di un delinquente, ricoverato nel nostro Manicomio per paranoia allucinatoria, non mi è parso inutile, stante la scarsezza delle conoscenze in proposito, di eseguire un minuto esame istologico della corteccia cerebrale, e non solo di quella dei lobi frontali come ha fatto il Roncoroni, ma anche dei lobi parietali, temporali ed occipitali. Ed ecco in breve i risultati di questo studio.

∴

Trattasi di un tale L. Giuseppe, nato a Mola, in provincia di Bari, il 1825. Notizie anamnestiche ne abbiamo pochissime; si sa solo che esercitava il mestiere di macellaio, che il 26 novembre 1864, cioé all'età di 39 anni, fu condannato a 25 anni di reclusione per mancato furto con grassazione, e che nei bagni penali, dove espió tale condanna, fu per altri reati segregato per parecchi mesi in cella. Rimpatriato nel maggio 1889, si lamentava di essere continuamente persegnitato dai suoi contetenuti nel Bagno di Pesaro, i quali lo incitavano ad incendii, a saccheggi, ad assassinii contro i signori di

Mola. Sotto l'influenza di queste allucinazioni, inveiva contro le persone di famiglia, i carabinieri e le altre autorità che non lo difendevano da tali persecuzioni; e siccome queste ultime non lo lasciavano tranquillo neanche la notte, spesso si alzava di botto, avventandosi minaccioso contro l'uscio di casa, per scacciarne *i Pesaresi.*

Ricoverato per tali ragioni l'8 luglio 1890 nel nostro Manicomio, ha mostrato costantemente il contegno risentito, pretensioso e querulo nel tempo stesso, e sopratutto pronto alle reazioni, così tipico del delinquente paranoico. A sentir lui, ha menato sempre vita onesta e tranquilla, e fu condannato innocentemente non solo, ma anche illegalmente, perchè la sentenza non gli fu letta, nè il processo gli si è voluto far veder mai; e si capisce da sè come egli protesti ancora energicamente contro la sua reclusione manicomiale. Racconta della sorveglianza diurna e notturna cui fu sottoposto appena tornato in libertà, e ne attribuisce la colpa principale ad un tal Danese, capo guardiano del Bagno di Elba e poi trasferito a Pesaro durante la sua permanenza colà. Questo Danese lo seguì in patria insieme a delle donne e ad alcuni detenuti, lo ha seguito anche qui e non lo abbandonerà finche vive. Egli non li vede, ma li sente di continuo, specialmente a dir male parole e a dar cattive informazioni sul conto suo. Tale lavorio allucinatorio-delirante ha persistito sempre intenso e vivace durante tutto il tempo della sua dimora in Manicomio, rendendolo clamoroso, aggressivo, noioso coi medici e col personale, a cui ripeteva sempre i suoi delirii e da cui reclamava insistentemente libertà e giustizia. Facili erano in lui l'ira e gli scatti ad ogni menoma contrarietà; anzi si può quasi dire che viveva in uno stato di ira perenne e gridava di continuo fino a divenir rauco.

Nel gennaio 1894 cominciò a far notare fenomeni di

cardiopatia, la quale, in seguito, aggravandosi, lo ridusse confinato a letto, dispnoico ed edematoso, tuttavia, però, clamoroso e querulo, come si conservò fin quasi alla morte avvenuta il 22 febbraio 1895.

L'autopsia faceva notare:

Edemi agli arti inferiori, assenza di piaghe di decubito, stato della nutrizione discreto. Scatola cranica con diploe anemica; pia meninge con opacamento in qualche punto verso la regione centrale; lobi anteriori del cervello brevi, atrofici; sviluppate le porzioni centrali; il lobo occipitale sinistro scovre estesamente il sottostante cervelletto e manifesta accentuata la scissura crociata.

Liquido giallo citrino nelle cavità pleurali; atelettasia specie del pulmone destro. Pericardio un po' ispessito, con placche biancastre sul foglietto viscerale. Cuore enormemente ingrandito, quasi tre volte il normale; ventricolo sinistro sfiancato, dilatato l'ostio mitralico, molto dilatato anche quello aortico, alterata per ateromasia l'aorta ascendente.

Liquido nella cavità peritoneale. Fegato da stasi; reni in degenerazione grassa con tracce di alterazioni cirrotiche in certe colonne malpighiane.

.˙.

Per lo studio istologico della corteccia cerebrale non ho trovato utile il metodo di colorazione suggerito dal Ronconi, che si riduce, in fondo, ad una colorazione doppia di bleu di metilene ed eosina, metodo di insicura riuscita, stante la difficoltà di colpire il punto giusto della decolorazione e contemporanea seconda colorazione, non solo, ma che non sembra preferibile ad una buona colorazione semplice, sopratutto quando si tratta di studiare la disposizione delle cellule e degli strati cellulari della corteccia. Ho usato, quindi, molto la colorazio-

ne all'allume-carminio suggerita anche dallo stesso Ronconi, il metodo Paladino all'ioduro di palladio, e il metodo Weigert-Pal colla modificazione recentemente introdottavi dal Vassale, e che consiste essenzialmente nell'immergere le sezioni, prima che nell'ematossilina Weigert, in un miscuglio a parti uguali di soluzione satura di acetato di rame e di altra soluzione del pari satura di carbonato di litina, con aggiunta di poche gocce di ammoniaca, senza poi aggiungere il carbonato di litina alla soluzione di ematossilina (1).

Nei preparati così eseguiti della corteccia dei lobi frontali, ho notato assente del tutto o appena accennato lo strato granuloso profondo. La corteccia cerebrale mostra, al di sotto dello strato molecolare, un primo strato di piccole cellule o strato granuloso superficiale; seguono le piccole e poi le grandi cellule piramidali, con notevole predominio di quelle di diametro maggiore; quindi segue quasi immediatamente la sostanza bianca, preceduta da poche cellule polimorfe e solo in qualche punto anche da uno straterello appena accennato di piccole cellule, che sarebbe il rappresentante dello strato granuloso profondo. Non mi è avvenuto, neanche col metodo Pal, di notare cellule nervose nella sostanza bianca, o almeno ne ho visto solo qualcuna, cioè non più di quel numero che anche nei cervelli normali si riscontra. Vi è, in generale, aumento di connettivo, specie nella sostanza bianca, dove assume la forma di leggiero infiltramento parvicellulare.

In alcuni preparati della terza circonvoluzione frontale destra è molto notevole la iniezione dei piccoli va-

(1) Riscontra per la descrizione di questo metodo: *Amaldi*, Due casi di atrofia parziale del cervelletto. (Rivista di Freniatria, Vol. XXI, Fasc. II, 1895).

sellini, intorno ai quali è evidente la dilatazione degli spazii linfatici perivasali. Col metodo Pal si notano molte fibre di aspetto serpiginoso, ineguali nel diametro e con rigonfiamenti nodulari e varicosità nel loro decorso, specie quelle fibre che costituiscono il reticolo fondamentale della sostanza grigia. Lo strato granuloso superficiale, poi, è anch'esso in alcuni punti appena accennato, sicchè si può quasi dire che tutta la sostanza grigia risulta di grosse cellule nervose; in altri, invece, è molto sviluppato.

In alcuni preparati della terza circonvoluzione frontale sinistra vedesi un accenno dello strato granuloso profondo; però, insieme a questo, vi è notevole spessore dello strato delle grandi cellule piramidali e di quelle polimorfe. In altri notasi abbondante degenerazione pigmentaria o giallo-globulare, come la chiama il Colucci (1), delle cellule nervose.

In alcuni punti della frontale ascendente di sinistra, senza esserci un vero strato di piccole cellule nervose, vi è però, per dir così, uno strato granulare profondo diffuso, in quantochè nella parte più interna dello strato delle grandi cellule queste sono inframmezzate da numerosissimi granuli e piccole cellule nervose.

Nel lobo temporale è del pari assente lo strato granuloso profondo; ancora più spiccato il predominio delle grandi cellule e di quelle polimorfe; qui si vede inoltre la presenza di cellule nervose in mezzo alla sostanza bianca, specie col metodo Pal, col quale si notano ancora le varicosità ed i rigonfiamenti, altrove accennati, delle fibre nervose. Più spiccato che nel lobo

---

(1) *Colucci*. Contributo all'istologia patologica delle cellule nervose in alcune malattie mentali. (Annali di Neurologia, Anno XV, 1897, Fasc. I e II).

frontale è l'infiltramento parvicellulare e l'aumento di connettivo.

Nelle circonvoluzioni parietali notansi approssimativamente gli stessi fatti. Più gravi e diffusi sono i processi degenerativi varii, tra cui predominano la degenerazione pigmentaria e quella vacuolare; in maggior numero sono le voluminose cellule piramidali giganti. In alcuni punti della parietale ascendente sinistra notasi lo strato granuloso superficiale molto sviluppato ed un accenno di strato granuloso profondo, però non fra quello delle grandi cellule piramidali e quello delle cellule polimorfe, ma al di sotto di quest'ultimo, cioè immediatamente prima della sostanza bianca. In altri punti della stessa circonvoluzione, poi, lo strato granuloso profondo occupa il suo posto normale fra le grandi cellule piramidali e quelle polimorfe. Nelle circonvoluzioni parietali inferiori e superiori, invece, cioè in quelle che stan dietro alle postrolandiche, sono scarse le cellule piramidali grosse, e si nota fra il secondo e il terzo strato un altro costituito di piccole cellule piramidali; ma lo strato granuloso é anch'esso o assente del tutto o atrofico.

Nelle circonvoluzioni del lobo occipitale, naturalmente, predominano le piccole sulle grandi cellule piramidali; però qui si riconosce chiaramente la presenza dello strato granuloso profondo.

*
* *

Riassumendo, le alterazioni riscontrate si possono dividere in due categorie. Una prima categoria è costituita dai fenomeni infiammatorii: aumento del connettivo specie intorno ai vasi, dilatazione degli spazii linfatici-perivasali, e da quelli degenerativi: degenerazione pigmentaria e vacuolare delle cellule nervose, ed atrofia

varicosa delle fibre; e gli uni e gli altri sono da mettersi in rapporto colla senilità del soggetto in discussione ed in parte ancora colle sue condizioni psichiche, che eran quelle della demenza, sebbene questa non fosse molto accentuata, o, per dir meglio, rivestisse quei caratteri che sono speciali della demenza o pseudo-demenza postparanoica. La seconda categoria di alterazioni è rappresentata da anomalie le quali debbono indubbiamente considerarsi come congenite, e queste sono, lo dico subito, quelle stesse riscontrate nei suoi casi dal Roncoroni, cioè mancanza totale od atrofia dello strato granuloso profondo, cioè di quello strato di piccole cellule che segue a quello delle grandi cellule piramidali, predominio in generale di queste ultime in tutta la corteccia, presenza, qua e là, di cellule nervose nella sostanza bianca in proporzione maggiore di quella che nei normali si riscontra. La mancanza dello strato granuloso è quasi costante nelle circonvoluzioni frontali ed in quelle temporali, é incostante e saltuaria in quelle del lobo parietale, non si nota affatto nelle occipitali. Anche il predominio delle grandi cellule nervose é più notevole nel lobo frontale e temporale e nella circonvoluzione parietale ascendente o postrolandica, mentre è meno spiccato nelle parietali superiore ed inferiore e manca del tutto nelle occipitali. Infine, l'abbondanza di cellule nervose nella sostanza bianca l'ho notata soltanto in alcune delle circonvoluzioni temporali. Talchè complessivamente si può dire che le anomalie innanzi cennate sono evidenti sopratutto nei lobi frontali e temporali, diminuiscono nei parietali e scompaiono quasi negli occipitali; il qual fatto ha notevole valore ove si tenga presente il significato fisiologico rispettivo dei suddetti lobi, cioè la maggiore importanza che da tutti si attribuisce ai lobi frontali per le funzioni psichiche, e la presenza nei lobi temporali dei centri uditivi,

messa quest'ultima in relazione col predominio che avevano nel soggetto in parola le allucinazioni acustiche.

Il Roncoroni discute quale valore possa avere questa anomalia strutturale della corteccia cerebrale nella genesi dell'epilessia, e conchiude ch'essa non è se non « l'espressione anatomica dell'alterazione ereditaria », l'indice del « disordine di sviluppo del sistema nervoso ». In altri termini non é questa che una nota degenerativa come tante altre, alla quale, isolatamente considerata, non può attribuirsi grande valore, anzi forse non se ne potrebbe dare alcuno, come nessuno se ne deve dare ad un'asimmetria facciale o ad un po' di prognatismo o simili, quando questi si riscontrano soli in un individuo, ma che acquista valore notevole quando si trova unita ad un complesso di altre note somiglianti. È uno degli indici, insomma, della degenerazione somato-psichica, più importante, se vuolsi, degli altri, in quanto è indovato nel più importante organo dell'economia, anzi proprio nel centro delle più elevate funzioni psichiche qual'é la corteccia cerebrale, e perchè riguarda non già la esterna conformazione, ma l'intima struttura dell'organo stesso; ma non altro, infine, che un indizio di quel generale squilibrio nello sviluppo di tutto l'organismo ed in ispecie del sistema nervoso, in cui appunto consiste la degenerazione suddetta. Ed il caso da me descritto, se da un lato ha valore di conferma del fatto notato dal Roncoroni, dall'altro ha valore, appunto perché, riscontrandosi in un individuo che non aveva alcuna nota che accennasse ad epilessia, vale ad estenderne la portata, mettendone in evidenza il significato suddetto, di stigmata, cioé, puramente e semplicemente degenerativa e non di una data forma di degenerazione in particolare. Ed è nota degenerativa importante, perchè la minore differenziazione, la maggiore uniformità morfologica dei diversi ele-

menti costitutivi della corteccia è certamente indizio di minore perfezione nell'organo più essenziale delle funzioni psichiche. È questo il significato che deve darsi all'assenza dello strato granuloso profondo ed al predominio delle grandi cellule nervose, non potendosi a tal predominio dare importanza per la spiegazione della facilità delle scariche e delle reazioni motorie nei criminali, giacchè è molto dubbio se davvero la forma ed il volume delle cellule nervose sieno in rapporto colla funzione motoria o sensitiva di esse.

Vi è poi un'altra considerazione a fare. Il Del Greco pel primo (1) ha notato che un delirio paranoico, per sè solo, non può esser causa di delinquenza, se non quando trova il terreno favorevolmente predisposto nella precedente costituzione psichica e fisica dell'individuo, concetto su cui io stesso e il Canger abbiamo insistito a proposito di un caso da noi pubblicato (2) e su cui il Del Greco medesimo è tornato, meglio dimostrandolo e chiarendolo, in un recente lavoro (3). In altri termini, paranoia e delinquenza non sono due fatti che possono accidentalmente unirsi o che possono essere l'effetto l'uno dell'altro; sono bensì due fatti concomitanti, entrambi effetti delle medesime cause, cioè entrambi impiantati su di un comune fondo degenerativo, e di cui al massimo l'uno può esser causa occasionale dell'altro, cioè l'occasione per cui quest'ultimo si mette in evidenza. Così p. es. un'idea delirante persecutoria che insorge in un criminale può divenire la causa occasionale per cui egli esplica ed attua le sue

(1) *Del Greco.* Il Delinquente paranoico omicida. (La Scuola positiva, Anno IV, N. 6 e 7).

(2) *Canger e Angiolella.* Delirio paranoico in pazzo morale. (Il Manicomio Moderno, Anno XI. N. 2 e 3).

(3) *Del Greco.* Il temperamento nei paranoici omicidi. (La Scuola positiva, Anno VII, N. 3-4).

tendenze, che, senza il delirio, avrebbe esplicato in altra circostanza; e d' altra parte, una condanna subita o la vita delle prigioni fan maturare un delirio di cui preesistevano latenti i germi nella costituzione psico-fisica individuale. Or, tali essendo i rapporti che intercedono fra paranoia e delinquenza, si capisce come abbia importanza il riscontrare nell' intima struttura della corteccia cerebrale di un paranoico delinquente qualche cosa che indica il fondo degenerativo originario, o, mi si permetta la frase, la congencità dello squilibrio del sistema nervoso, che ha costituito il fondamento su cui entrambi questi processi degenerativi si sono impiantati. La quale importanza aumenta quando questa anomalia strutturale si trova in un individuo il quale presentava altre note degenerative macroscopiche in altri organi e nel cervello stesso, ed in vita aveva fatto notare costantemente, attraverso la paranoia e perfino attraverso la demenza, le note psicologiche essenziali del carattere criminale.

È sotto questi varii punti di vista che il caso da me studiato istologicamente, sebbene sia uno solo, non mi é parso del tutto indegno di pubblicazione.

*Nocera, giugno 1897.*

---

# Paralisi periodica del trocleare con cefalea e nausea

## Contributo allo studio

DELL'OFTALMOPLEGIA RICORRENTE

PEL

DOTT. AUGUSTO DI LUZENBERGER

Dopo il recente esattissimo lavoro riassuntivo pubblicato da Mingazzini (1) sulla paralisi recidivante del nervo oculomotorio a proposito di due casi da lui osservati, il fare anche un semplice cenno bibliografico sarebbe un plagio, di cui non mi so render colpevole.

Vo' solamente rivendicare al *Marchal (de Calvi)*, (2) non citato da alcuno dei miei predecessori, il merito di aver descritto pel primo in 4 infermi l'epidrome di paralisi del 3° per nevralgia del 5°, senza però averne riconosciuto come tipico il carattere ricorrente descritto solo nel suo primo caso.

In questa nota casistica accetto fin dal titolo il termine più generico di oftalmoplegia ricorrente, nonostante la tendenza di tutti gli ultimi autori di chiamarla paralisi dell'oculomotorio, se non altro per non fare come quei bettolieri che aggiustano l'intingolo di lepre con del coniglio!

(1) La paralisi recidivante del nervo oculo-motorio. Roma. Società edit. Dante Alighieri 1897 pag. 99.

(2) Mémoire sur la paralysie de la troisième paire des nerfs craniens consécutive a la névralgie de la cinquième. Paris Rignoux 1896.

E non mi decido alla pubblicazione per aggiungere una 60ma storia alle 59 già descritte, ma solamente per il fatto (secondo me importantissimo per l'interpretazione del morbo), che tutta la sindrome di cefalea con nausea e diplopie possa avvenire non solo per paralisi del 3.° paio cerebrale, ma di tutti i nervi che s'immettono nel cavo orbitario. In questa via mi hanno preceduto Ormerod e Spicer, riferendosi il loro quinto caso ad una paralisi isolata del nervo abducente. Casi nei quali insieme all'oculomotore era pure leso il VI.° paio, furono descritti da Charcot, Pflüger e Marina; il VI.° ed il IV.° da Marina, Coombsknapp e Brissaud. Non ho potuto trovare nella letteratura dell'argomento alcuna relazione nella quale figurasse la sola paralisi del trocleare.

Antonio Mag... d'anni 29 è di famiglia sana, eccetto la madre che soffre d'emicrania. Il padre, nonostante i 66 anni, gode perfetta salute, come pure 3 fratelli e 2 sorelle dell'infermo.

Egli non ha da rimproverarsi alcun abuso; non fu mai contagiato da sifilide, nè soffrì malattia d'importanza oltre quella che lo tormenta.

A 12 anni dopo una marcia di varie ore al sole e senza cappello ebbe un primo attacco di dolore di testa con tutti i fenomeni che ancor ora si riproducono.

Durante il servizio militare ebbe un calcio sulla testa da un cavallo con scorticature al cuoio capelluto, però tale traumatismo non peggiorò, nè migliorò il suo male.

Questo consiste in forte dolore di testa gravativo, profondo, limitato (salvo rarissime eccezioni) al lato destro con malessere, inappetenza e nausea, senza che mai arrivi a vomitare, e disturbi della vista che consistono nel veder doppio gli oggetti che stanno al di sotto di lui. Ricorda che già nell'infanzia durante gli attacchi

ciò gli dava noia perchè ora inceppato nel camminare, non potendo distinguere quale fosse il giusto livello della strada.

Di simili attacchi si ebbe un discreto numero: dapprima si presentavano quasi ogni settimana e duravano un solo giorno. A quanto può rammentarsi, dolore di testa e visione doppia sono sempre apparsi e svaniti contemporaneamente. Col corso degli anni gli accessi divennero sempre più radi, ma in relazione duravano sempre di più. L' ultimo (prima di quello osservato da me) l'ebbe nell' ottobre 1895 e durò 15 giorni. L' antipirina e simili rimedii che gli hanno fatto prendere, non modificarono punto alcun fenomeno del suo male.

L' attacco presente dura da 20 giorni. Però il dolore di testa e la nausea insorgono ora solo nelle ore pomeridiane e durano fino a quando riesce a pigliar sonno. La diplopia invece l'avverte in continuazione. Rammenta dalle altre volte, che un bel giorno senza che niente gli si facesse presentire la guarigione si sveglia con la vista normale e la cefalea non si ripresenta più. Di fenomeni soggettivi accusa pure di sentire i battiti del polso nella testa destra.

Piccolo di statura, di sviluppo osseo mediocre, con muscoli buoni, senz' adipe. Nessuna assimetria cranica, nè altri segni degenerativi.

La vena temporale a tirso come si suole riscontrare solo nei vecchi, più grossa e più convoluta a destra che a sinistra.

Nessun disturbo di motilità nè di sensibilità; i riflessi tendinei, muscolari e cutanei dappertutto normali. Negli organi interni nulla di notevole.

Agli occhi le congiuntive perfettamente uguali a dritta e sinistra, senza traccia di congestione, riflesso congiuntivale e corneale rapido; le pupille medie, eguali, reagiscono prontamente alla luce ed all'accomodazione.

Nei movimenti oculari non appare chiaramente alcuna differenza, soltanto nelle mosse estreme all'ingiù il globo dell' occhio destro fa un leggero movimento di rotazione assimetrica. Quando l' infermo guarda diritto innanzi od in alto od a destra non ha alcun disturbo. Solamente quando si fa guardare un oggetto posto alla sua sinistra ed in basso questo si sdoppia. Le due figure si spostano di maniera, che quella corrispondente all' occhio sinistro (e per maggior sicurezza ho fatto l' esame coi vetri colorati) mantiene la posizione vera, l' immagine vista coll' occhio destro scende, s'allarga verso destra e converge col capo superiore verso l' altra. Alla distanza di 5 passi per un oggetto rappresentato da una matita bianca lo spostamento laterale è di 25 centim., quello in basso di 48. Il muscolo paretico deve appartenere all' occhio dritto, deve muovere il globo dell' occhio all' infuori, in giù, e produrre nel contempo una rotazione all' indentro: questo non può essere dunque che il muscolo obliquo superiore, il quale pel suo modo d'inserzione si chiama pure trocleare. Esso ha per conto suo esclusivo un nervo cerebrale, il 4.° paio.

Decorso: colle dosi medie di bromuro riescì a vincere il dolore di testa: la diplopia questa volta gli perdurò altri 15 giorni, per poi cessare del tutto senza lasciare conseguenze. Il turgore delle vene temporali è diminuito e la disparità notata tra destra e sinistra non è più evidente.

Il caso esposto differisce in alcuni punti da quelli noti fino ad ora. Tutti hanno fatto rilevare costantemente il distacco tra gli accessi di dolore e vomito e la successiva paralisi. Nel Mag... invece essi si presentano e finiscono contemporaneamente: solo l'ultima volta nella quale i fenomeni hanno durato molto più a lungo delle altre, essi si sono dissociati e la cefalea è cessata perdurando ancora la diplopia. Charcot, Massalongo e Mingazzini hanno veduto subentrare

la paralisi prima che il dolore cessasse; ma quest' accoppiamento fu transitorio ed in quei casi la malattia ebbe semplicemente tre periodi invece di due: cioè uno iniziale di emicrania, un secondo di emicrania e paralisi ed un terzo finale di sola paralisi. Soltanto lo Svell vide prima insorgere la debolezza muscolare e poi il dolore. Nel mio caso invece i fenomeni si mantennero completamente paralleli durante gli attacchi che non passarono la durata di 15 giorni.

La cefalea è per lo più seguita da vomito. Il mio infermo non ne ha mai avuto, però avverte sempre il suo equivalente: la nausea.

Rispetto all'eziologia erano stati notati il raffreddamento (Beevor), la sottrazione sanguigna (Manz), le malattie infettive (Nason, Kljatschin), le funzioni mestruali, il puerperio e l'allattamento (Senator, Hlinde e Mayor, Marina), i traumi alla testa (Mauthener, Sciamanna, Lyder): nel mio caso appare un fattore non così vago come i già citati: una insolazione fu la causa diretta e precisa del primo attacco.

L' emicrania nei genitori come causa predisponente era stata negata da Möbius, ma invece rilevata dal Jack, dal Suckling e dal Joachim. In tutti questi casi, come nel mio, si tratta di emicrania genuina nella madre o nonna dell' infermo, i cui attacchi non rassomigliano punto a quelli del malato stesso; sicchè non si può parlare di eredità diretta, ma di semplice predisposizione a mali nervosi, come fu osservato pure da altri autori.

Rispetto all' età tutti concordano, che l' oftalmoplegia ricorrente cominci nell' infanzia.

Un'altra differenza dal maggior numero dei casi finora descritti la troviamo nella forma dell' intervento e nella durata dell' attacco. Questa può essere da 1 a 3 giorni fino a 3 mesi, però per lo più si mantiene per

ogni singolo caso abbastanza costante; mentre lo spazio che trascorre tra l' uno e l' altro è in generale di mesi od anni, ma senza una data regola. Nel nostro malato esiste una marcata reciprocità tra la lunghezza dell' attacco e la sua relativa rarità: quando insorge settimanalmente dura un giorno, quando l'intervallo arriva ad essere d' un anno dura 15 giorni; dopo che il Mag... ha passati quasi due anni senza attacco, egli è colpito dal più lungo che abbia mai avuto in vita sua e v' è tormentato per quasi un mese non solo, ma gli residua per alcun tempo ancora la paralisi nell' occhio.

Ma il punto su cui differisce più che mai da tutti i finora pubblicati è che la paralisi non colpisce l' oculomotorio, ma costantemente ed isolatamente il nervo trocleare.

L' interpretazione, direi così, officiale, per la paralisi recidivante dell'oculomotore può valere pure per questa? È che d' interpretazioni sulla patogenesi del morbo ne abbiamo parecchie. Senza parlare di quelle che facendo marcare più il momento eziologico che la sede del male discutono se si tratti di lesione riflessa isterica (Senator) o di disturbo tossico (Bernhardt, Wissering) la divergenza culminante tra gli autori è, se la paralisi in parola dipenda da alterazioni del tronco nervoso periferico (Charcot, Parinaud, Chiarini, Karplus ecc.) o da lesioni dei nuclei d' origine nell'encefalo (Möbius, Hasner, Pflüger). Trattandosi d' una forma ricorrente il maggior numero di essi attribuisce tali alterazioni a disturbi circolatorii, che produrrebbero nel primo caso iperemie o congestioni dei nervi, nel secondo ischemie con denutrizione transitoria delle cellule gangliari motrici. Solo Marina e Mingazzini ritengono trattarsi di nevrite: il primo ne rileva l' origine periferica e tossica, il secondo, accettando quest' idea per la paralisi recidivante pura, ritiene che la degenerazione retrograda nel neurone pro-

duca atrofia dei nuclei d'origine dell'oculomotorio e ne risulti così il fatto che coll' andar del tempo la paralisi diventi stazionaria.

Se teniamo presente che nel caso nostro il dolore coi suoi fenomeni concomitanti e la paralisi del 4.° paio insorgono e svaniscono sempre contemporaneamente: se consideriamo che nell' infanzia dell' infermo non si trattava d'una o due *recidive* come in molti casi descritti, ma che invece l' apparire del morbo era d' una stretta periodicità a breve intervallo, credo che si possa escludere senza difficoltà l' ipotesi d' una nevrite periferica genuina. Ciò può forse valere per quei casi nei quali la recidiva è rara, irregolare e dove la paralisi segue il dolore dopo alcun tempo.

Nel mio infermo il modo di presentarsi sempre contemporaneo dei varii fenomeni deve far pensare ad una sede unica del morbo.

Il nervo trocleare, i cui nuclei si trovano nella sostanza grigia centrale al disotto dell'acquedotto di Silvio ed al disopra del fascicolo longitudinale (e differiscono con ciò da quelli dell'oculomotore comune soltanto perché situati più distalmente) ha una radice endoencefalica che decorre all' indietro ed all' infuori lungo la radice discendente del trigemino fino a raggiungere il velo midollare anteriore (medio del Kölliker), nel quale s' incrocia (1) per passare all' altro lato. Poi si addossa ai corpi quadrigemelli posteriori e s' avvinghia intorno al peduncolo per uscire alla base del cranio, dove raggiunge la fissura orbitale superiore fra il tronco dell' oculomotore ed il 1.° ramo del trigemino. Immediatamente vicino a lui passa il nervo abducente.

(1) Bechterev, Kölliker, Chiarugi ed il maggior numero degli anatomi ritengono l' incrociamento del nervo trocleare vero e completo nonostante sperimenti in contrario di Exner.

Se come riteneva nel suo primo lavoro sull'argomento il Möbius il dolore dipendesse da irritazione della radice del trigemino nella regione dei corpi quadrigemelli (tesi ritirata poi nella successiva pubblicazione perchè la qualifica di sensibile alla radice discendente del V.° sembra molto dubbia) allora per la disposizione descritta la cefalea e la paralisi del trocleare dovrebbero essere incrociate. Ma anche ammesso che lo spasmo vasomotore emicranico produca ischemie transitorie nelle arteriole finali del mesocefalo e con ciò paralisi nucleari, sempre la debolezza del muscolo dal 4.° paio dovrebbe trovarsi dall'altro lato della cefalea. Ecco perchè io più sopra mi era espresso che il rapporto speciale di oftalmoplegia del trocleare associata ad emicrania serviva meglio ad interpretarne la patogenesi di quella dell' oculomotorio comune.

Nella fissura orbitale superiore abbiamo invece una strettoia attraverso la quale s' immettono nell' orbita i tre nervi motori dell' occhio, il ramo superiore del trigemino e ne esce la vena oftalmica. A questo punto i primi anastomizzano col plesso carotico del simpatico e col suddetto ramo del 5.° paio. Tutti questi nervi stanno inclusi in dei canali durali che traversano il seno cavernoso di maniera che disturbi della circolazione venosa possono produrre compressione degli stessi. Al tronco del trocleare, e precisamente nella sua vagina attraverso il seno cavernoso, s'aggiunge senza anastomosi vera il rametto del 1.° ramo del trigemino *(n. tentorii Arnold, ramus sinualis Luschka)* il quale, serve esclusivamente per l'innervazione della dura madre.

Ho rilevato tutti questi particolari perchè essi corrispondono con un' esattezza che non se ne può desiderare una migliore alle varietà dei fenomeni clinici che accompagnano l' emicrania-oftalmoplegica. Alcuni autori che descrissero la paralisi del III.° paio hanno fatto

notare che il dolore principale era nel globo dell'occhio e che si trovavano chiazze anestetiche nella cornea congiuntiva e sono precisamente le anastomosi coll' oculomotore che portano nell' apparecchio della vista i nervi sensibili del primo ramo del 5.° paio. Nel mio caso invece la sensibilità é integra ed il dolore di testa é distribuito egualmente sulla mezza testa; ma è gravativo e profondo, mai sul globo dell' occhio stesso. La paralisi del trocleare va dunque combinata con irritazione di quel rametto del trigemino che serve all'innervazione della dura madre.

Nel mio caso abbiam visto inoltre che durante l' attacco la vena temporale destra era più turgida della sinistra e che l' infermo avvertiva i palpiti del cuore nella testa. Che cosa di più ovvio quanto il ritenere che l' intera fenomenologia della paralisi periodica del trocleare e del dolore di testa profondo dipenda da disturbi della circolazione venosa, rimasti dopo l' insolazione, con turgore del seno cavernoso, che comprima nel suo passaggio intradurale il nervo 4.° assieme al rametto ricorrente del 1.° ramo del trigemino?

Da queste considerazioni mi sembra di poter concludere, che il mio caso stia in favore del concetto:

1) che la oftalmoplegia periodica dipenda da disturbi circolatorii nel sistema venoso;

2) che il turgore del seno cavernoso comprima i nervi che s'immettono nel cavo orbitario, producendo così da un lato paralisi oculari (III.° IV.° e VI.° paio); dall'altro cefalea di varia circoscrizione secondo che ne sia compresso l'uno o l'altro rametto del 1.° ramo del trigemino.

3) che precisamente per questo ultimo motivo la sensibilità dell'occhio possa o no essere alterata.

# IL PUDORE

## STUDIO FISIO-PATOLOGICO E SOCIALE

DEL

DOTT. ANDREA GRIMALDI

( *Continuaz. vedi num. 1, anno V.* )

### IV.

### Vecchie e nuove vedute

Il pudore manca negli animali, è sconosciuto agli uomini primitivi, apparisce nelle società umane col sorgere di altri sentimenti e in rapporto a certi fenomeni o fattori sociali: è un prodotto della vita sociale; si è andato svolgendo, affinando, approfondendo con la civiltà; ha le sue leggi d'origine, di sviluppo, di conservazione, di decadenza. Ha quindi uno scopo, un fine individuale e sociale.

Qual'è questo fine? quello di soddisfare un' idealità astratta, senza utile pratico, senza rapporto colle leggi fondamentali della vita, che sono la conservazione dell' individuo e della specie?

Il pudore, questo sentimento complicato, che è per alcuni una camicia di Nesso, un velame frale, un mezzo per nascondere le deformità, un prodotto di poetica fantasia; giova al benessere della società, o è un peso di cui è bene disfarsi?

A che prò indagare le cause della fragilità di questo fenomeno?

A che prò additare i rimedi per arrestarne la decadenza o per svegliarne la vigoria? Quando esso non

serve che a fornire una facile rima in un sonetto o a carezzare i sogni idillici di giovani asceti? Via, potremmo lasciarlo tranquillamente morire, se questi fossero, e non altri, i suoi effetti. Le puberi gote potrebbero aspirare a più proficui rossori.

Qual' è dunque il suo ufficio?

*
* *

In un libro recente il Sergi (1) ripeteva che il pudore ha dovuto nascere e svilupparsi pel vestimento, adopeperato prima per ornamento.

E Spencer crede pure che all' uso del vestito fu da principio annesso lo scopo dell' ornamento (2).

Krafft-Ebing opina che le vesti servirono prima per ripararsi dalle intemperie e più tardi a proteggere il pudore.

Il Venturi (3) confuta queste affermazioni, osservando che il primo abito che comparisce nelle popolazioni selvagge è dato da una fascia che cinge i fianchi e copre le parti sessuali: né la fascia, né la biblica foglia di fico sarebbero state sufficienti contro i reumatismi.

Lo stesso fatto dimostra che il pudore è antecedente al vestito.

Secondo Letourneau (4) il pudore risulta da due cause combinate, *la scelta e la vita in società*. Il pudore non esiste fino a quando nelle società primitive la donna appartiene a tutti; ma quando l' uomo comincia a preferirne una, o alcune, e a considerarle come pro-

---

(1) Sergi. Dolore e piacere. Storia naturale dei sentimenti. Milano. 1894, pag. 209.

(2) Spencer. Educazione intellettuale, ecc. Firenze 1883, pag. 1-2.

(3) Venturi. Le degenerazioni psico-sessuali. Torino 1892, pag.

(4) Letourneau. L' évolution de la morale. Paris 1887, pag. 149.

prietà personale, a difenderle dagli attacchi degli altri, come a punirle se si danno agli altri, il pudore comincia a nascere.

« A poco a poco, così il Letourneau (1), un certo sentimento di dovere coniugale, di riserva sessuale, qualche tendenza a velare più o meno la nudità, s'organizza nel cervello della donna e finisce per trasmettersi coll'eredità ».

Il Venturi (2) è in quest'ordine d'idee, quando dice che il pudore sorse come prova della fedeltà all'uomo e come difesa.

Chi può provare che non fu l'uomo stesso che impose alla donna, diventata sua proprietà, un qualunque mezzo di covertura? Sia che avesse dovuto servire come distintivo del suo stato, sia che nascondendo gli organi genitali avesse impedito la concupiscenza di un altro uomo.

Il pudore comincia a spuntare nella donna colla paura per l'uomo che la possiede, il quale, per vendicare l'oltraggio, la può anche uccidere o farne suo pasto. Ed anche oggi non è forse in molti casi, la paura dell'uomo, padre, fratello o marito, che le conserva il pudore?

Il pudore acquista fin dai primi istanti della sua apparizione il carattere di freno allo accoppiamento libero. Da una parte l'istinto della conservazione della specie spinge la femina nelle braccia dell'uomo; da un'altra la paura dell'uomo ne la ritrae.

Da questo contrasto spunta un nuovo sentimento che col volgere dei secoli si rafforza e acquista indipendenza.

Il pudore si sostituisce alla paura; ed aumentando le ragioni sociali che impediscono alla donna di darsi al

(1) Letourneau Op. cit.
(1) Venturi. Op. cit.

primo che capita, il pudore si rafforza fino al punto che par quasi in antitesi dell' istinto di conservazione della specie.

Questa contradizione non è che apparente. L' efficacia del pudore come mezzo di conservazione della specie fu ben compresa, quando lo sviluppo della mente umana permise d' investigare le cause dei complessi fenomeni sociali. Quando la diminuzione delle nascite fu riconosciuta come conseguenza della dissolutezza dei costumi e della preferenza che gli uomini davano all' amore libero, in Grecia ad esempio, temendosi che venissero a mancare i soldati alla patria, si obbligarono i celibi a prender moglie.

Per la stessa ragione nell' anno 16 a. C. l' imperatore Augusto emanò la legge Giulia che comminava delle pene contro il celibato dei cittadini e patrizii romani.

La legge fu inasprita da Tiberio; e prescrisse che nessuna donna, il cui uomo, padre o marito fosse stato cavaliere romano, potesse vendersi per danaro (Bebel).

Similmente le leggi di repressione che in Italia, in Francia, in Germania furono di tanto in tanto, emanate nell' intento di sopprimere la prostituzione, sia per rialzare la morale, che per salvaguardare la salute miravano, sebbene non sempre con la chiara coscienza del fine, alla conservazione della specie.

Ma oggi è chiaramente ed esplicitamente riconosciuto che l' abbassamento del pudore, la rilasciatezza nei costumi, la vita licenziosa, la prostituzione che incoraggia il celibato sono causa di spopolamento. In alcuni paesi, la Francia ad esempio, il male è tanto manifesto che i sociologi e gli statisti se ne impensierirono seriamente.

La prostituzione è per sè stessa direttamente causa di sterilità, senza insistere su come e perchè lo è anche indirettamente.

Ecco delle prove numeriche. Su 3584 prostitute presentatesi all' ufficio dei costumi di Marsiglia, 816 solamente sono state madri ed ecco in che proporzione hanno avuto figli:

| | |
|---|---|
| Madre di un bambino | 661 |
| » di due » | 110 |
| » di tre » | 28 |
| » di quattro » | 9 |
| » di cinque » | 4 |
| » di sei » | 4 |
| | 816 |

La tavola seguente è anche più significativa: essa indica il numero di sgravi delle prostitute iscritte all'ufficio dei costumi di Marsiglia in un periodo di 12 anni (1).

| Anno | Numero delle iscritte | Parti |
|---|---|---|
| 1870 | 826 | 4 |
| 1871 | 772 | 6 |
| 1872 | 907 | 3 |
| 1873 | 808 | 4 |
| 1874 | 892 | 5 |
| 1875 | 800 | 4 |
| 1876 | 795 | 5 |
| 1877 | 689 | 2 |
| 1878 | 715 | 3 |
| 1879 | 664 | 3 |
| 1880 | 661 | 3 |
| 1881 | 649 | 2 |

(1) H. Mireur. La Prostitution à Marseille. Pag. 177 e seguen.

È chiaro quindi, che la funzione del pudore non è solo di difesa e di protezione sessuale, individuale, ma di protezione sociale, favorendo quelle forme di unione sessuale che assicurano la procreazione e la protezione della prole. Il pudore è quindi un fenomeno che vale la pena di conservare, di migliorare, di sviluppare e di mantener legato al sentimento di onore, dal quale pare che tenda a staccarsi nella nostra civiltà: è bene che esso rimanga manifestazione di alta idealità, perchè la sua autorità, per applicare un concetto di Spencer, sarà tanto maggiore quanto più per la sua complessità ed idealità sarà lontano dal più semplice e basso ufficio di difesa sessuale.

Ricercheremo, quindi, prima le ragioni, per le quali il pudore non ha ancora acquistato, pur essendo alle volte elevatissimo, quella profondità e stabilità che lo rendono indipendente da ogni freno esteriore, e indicheremo poi le vie principali da percorrere per raggiungere questo fine supremo dell'indipendenza del pudore da ogni mezzo coercitivo esterno, leggi, religione, voce pubblica, con la quale avrà forse termine lo strano fenomeno, che tutte le leggi del pudore si calpestino impunemente quando si giunga con fine ipocrisia e con i mezzi dalla corruzione escogitati a sfuggire al codice penale, ai precetti religiosi e alla pubblica opinione; e si sa quante donne sieno in quest' arte maestre.

∴

Scrisse il Sergi (1), parecchio tempo dopo che io l'avevo affermato sulla base di fatti, che la donna ha meno pudore dell'uomo. Egli cita come io avevo cita-

(1) Sergi. Sensibilità femminile. Archiv. di Psich. ecc. XIII, Torino 1892.

to l' affermazione di donna onesta ed aggiunge che un uomo normale rarissimamente mostra la sua nudità alla donna in modo aperto e sfacciato: una donna normale non trova impudico il denudarsi davanti all' uomo che la possiede.

La prova maggiore della debolezza del pudore nella donna io l' aveva trovata nella prostituzione. Accettando il concetto di Lombroso e Marro dell'equivalenza fra prostituzione e criminalità, lo integravo facendo un parallelo tra prostituzione e pazzia morale (1).

La prostituzione scrivevo allora, portando con sè l' assenza o il difetto del pudore e di tutto quell' insieme di sentimenti morali che con esso ha attinenza per via diretta o indiretta, ha molti caratteri della pazzia morale, specialmente quando altri sentimenti oltre quelli che hanno per base la sessualità, sono come questi difettosi o pervertiti.

E determinavo così il mio pensiero: ... la prostituta più degradata presenta una grande somiglianza per la mancanza di pudore, per il difetto dei sentimenti morali, per la debolezza dei sentimenti di famiglia, per la tendenza all' ozio e vagabondaggio colla pazzia morale ... e d' altra parte molti dei caratteri che nei casi di pazzia morale femminile, apparsi nella letteratura psichiatrica, si vedono emergere, hanno grande analogia col tipo di prostituta da me delineato. Ed aggiungevo che la prostituzione rientra nel novero delle malattie degenerative quand' essa non è occasionale, ma è determinata da un complesso di condizioni biologiche ed ereditarie.

Era questo un concetto completo ed organico che gli studii ulteriori hanno completamente confermato.

---

(1) Grimaldi. Prostituzione, delinquenza e pazzia. Il Manicomio Moderno. Anno IV.

Infatti il Lombroso lo sviluppa, come può fare un genio pari al suo, ma lo dice *appena intuito dalla Tarnowsky* (1). Eppure io scrivevo quanto ho ricordato nel 1889 e davo del mio concetto le prove, citando casi di pazzia morale racimolati nella letteratura e qualcuno nell'Uomo delinquente (edizione del 1884).

Lombroso ritiene la mancanza di pudore il carattere saliente delle prostitute-nate (che io chiamai prostitute degenerate) perchè, egli dice, la mancanza di pudore .... è il lato caratteristico della pazzia morale nella donna. Siccome, seguita, tutto lo sforzo dell'evoluzione morale si è concentrato, in riguardo alla donna, a creare e rafforzare soprattutto il pudore, la massima degenerazione morale cioè la *moral insanity* deve produrre per effetto la perdita di quei sentimenti che più fortemente la civiltà inculca, qual'è il rispetto della vita umana, ecc. (2).

Secondo il Venturi (3), la prostituzione non è solo la negazione del pudore, ma è il getto e la rinunzia all'onore, il quale comprende tutto l'assieme dei sentimenti sociali e psicologici, originali ed evoluti, fra i quali è il pudore, che gli è padre e che gli è fino ad una certa età ed in certa misura, punto di appoggio e cardine.

Resta a spiegare solamente, perchè proprio i sentimenti intorno ai quali più l'umanità lavora, per renderli solidi, sono quelli che meno saldamente si abbarbicano. Questo è il fatto, ma, per dirla col De Sanctis, resta a spiegare il modo come il fatto si fà.

In fondo alla tendenza della donna per l'uomo, in

---

(1) Lombroso e Ferrero. La donna delinquente ecc. L. Roux. Torino-Roma. 1893, pag. 527.

(2) Lombroso e Ferrero. Op. cit. Pag. 540-541.

(3) Venturi. Op. cit. Pag.

qualunque modo si manifesti, non v' è che un istinto naturale, l' istinto di conservazione della specie.

Ma in principio non esisteva che l' unione libera e promiscua; poi leggi e costumi, attraverso vicende secolari, finirono per imporre freni tali alla libertà primitiva da annullarla quasi, e ciò nell' interesse della conservazione della specie con mezzi più alti e civili, stabilendo così un perenne conflitto tra motivi naturali e motivi sociali al cospetto di un identico fine.

Ora perchè i motivi sociali abbiano la prevalenza sui motivi naturali, i primi associati per evoluzione ai freni del pudore e alle esigenze dei sentimenti monogamici, gli altri legati per atavismo alla libertà sessuale impudica e promiscua, è necessario che lo sviluppo psico - fisico dell' individuo abbia raggiunto quella maturità che mette le tendenze naturali alla soggezione dei sentimenti morali elevati.

È la donna nelle condizioni psico - fisiche volute, perchè i sentimenti più ideali o ri - rappresentativi, come dice Spencer, (1) siano in qualità di guide, superiori ai sentimenti presentativi, alle semplici sensazioni o ai semplici appetiti?

È ciò che andremo a dimostrare?

*
* *

Ab antico e presso tutti i popoli la donna fu ritenuta inferiore all' uomo. Si può dire che l' umanità è imbevuta di questa credenza.

Tucidide disse che la donna è più perfida della procellosa onda del mare, della fiamma del fuoco, dell'acqua che scende impetuosa dalla montagna (Bebel).

---

(1) Spencer. La morale évolutionniste, pag. 93.

San Paolo riteneva che la donna fu creata per l'uomo, non l' uomo per la donna; e Sant' Agostino che, mulier non est facta ad imaginem Dei. Proudhon propendeva: à mettre les femmes en reclusion.

In Francia si discusse perfino se la donna avesse un' anima (Sorani).

Le opinioni espresse in ogni tempo sullo stato mentale e morale della donna furono variazioni sullo stesso tono: La donna è inferiore all' uomo. Su che si basava il concetto di questa inferiorità? Specialmente sulla deficienza delle opere o dei prodotti della intelligenza. E da questo lato si può dire che i nuovi studi nulla hanno aggiunto.

Leggo in un libro pubblicato 20 anni fà (1) le seguenti considerazioni: « L' attività della mente, lo svolgimento intellettuale, la forza dell' operare, la costanza della volontà sono in maggior grado nell' uomo che nella donna . . . . . . Senza temere di errare o di esagerare si può stabilire che una delle più importanti differenze dei due sessi é che la donna spazia in un campo di intelligenza e di attività meno vasto di quello dell' uomo.

Ciò è tanto vero, che quantunque elette menti femminili si siano applicate ai vari rami dello scibile, pure non seppero fare grandi scoverte, né hanno mai uguagliato l' intelligenza dell'uomo, nel quale è maggiore la sintesi, la virtù del concentramento e la inventiva.

Ma di fronte a questa inferiorità intellettuale la donna sa . . . . . superare l' uomo in alcuni caratteri, come nella maggior sottigliezza e finezza di percezioni, nell' analisi e nell' osservazione dei particolari, nella tene-

---

(1) Sorani. La donna. Firenze 1876. pag. 53-63.

rezza, nell' immaginazione, nella forza del cuore ed in una meravigliosa perspicacia alla quale non giungerà mai l' uomo ».

Lo stesso autore dice che la donna riesce nelle opere di pazienza e nella letteratura intima; è più stabile nelle credenze religiose e morali; é il tipo conservatore: la donna si fa muovere a preferenza dall' affetto, mentre nell' uomo é più guida la ragione; la donna è perciò meno egoista dell' uomo e più facile al sacrificio e all' abnegazione.

L' autore trovava queste differenze morali ed intellettuali strettamente connesse colle differenze fisiche e fisiologiche ed attribuiva pure alla *prevalenza delle funzioni della maternità la minore attività del pensiero.*

Ecco un altro autore (1) di quello testè citato non meno caduto in oblio:

« Nell' uomo predomina la parte intellettiva, nella donna la sensitiva. Al suo sistema nervoso *più sensibile che consistente* deve senza dubbio la donna quella squisitezza di tatto, quella penetrazione di spirito che le fa rapidamente avvertire una infinità di gradazioni, le quali sfuggono all' uomo.

L' uomo ragiona, la donna sente; l' uno generalizza, l' altra analizza; il primo scovre, l' altra osserva.... Il sentimento e la delicatezza di percezioni sono più sviluppati nella donna, mentre nell' uomo predomina il calcolo e l' interesse personale.... Le vaste vedute della politica, i grandi concetti della scienza e delle arti sono in generale presso che impossibile al di lei spirito mobile e tiranneggiato facilmente dalle varie sensazioni che la commuovono.

---

(1) Staffa.— La donna al cospetto dei secoli Napoli 1882 pag. 199—252.

Ecco perché nelle donne non troverete alcuna che rivaleggi un M a c h i a v e l l i, un D a n t e, un Milton, un M i c h e l a n g i o l o, un R a f f a e l l o ecc. ».

Gli scritti più recenti non fanno che allargare e lumeggiare meglio queste vedute colla differenza che mentre allora erano semplicemente intuite, ora sono apportate ad un principio di causalità ed interpretate con criterî scientifici.

Questo compito non poteva spettare che a coloro i quali fossero adatti a rimontare alla cause prime dei fenomeni colla scorta delle scienze naturali e biologiche.

Studiando, dice il S e r g i (1), le condizioni fisiche e le funzionali nella donna e paragonandole a quella dell' uomo io trovai la conclusione seguente: morfologicamente e funzionalmente la donna non raggiunge lo sviluppo normale maschile, ma, in media, resta indietro, come se sia un arresto generale di sviluppo.

Quindi le forme infantili e l'infantilismo come stato delle funzioni, sono le manifestazioni comuni del sesso femminile.

Egli dimostra che la donna:

1.° Senza essere di genio può essere madre di genii, perchè questi hanno ricevuto caratteri superiori che si trovano in lei;

2.° come essendo di modesta e bassa intelligenza possa dar prole di egual valore;

3.° che essa senza essere di intelligenza superiore può essere la via di trasmissione di facoltà superiori per linea paterna ed atavica;

4.° che la sua genialità quando esiste, è rudimentale, latente, e vi resta per fatto sessuale; e qualunque

---

(1) Sergi. Se vi sono donne di genio. Atti della Società romana di antropologia. Vol. 1, Fasc. II, 1894, pag. 167.

ambiente od altro fattore favorevole non la svolge mai al grado di genialità maschile;

5.° che qualche volta un' apparenza di genialità che è poi una superiorità sulla media, é eredità maschile, che si svolge coi caratteri fisici maschili nella stessa donna, come ha osservato L o m b r o s o; ciò che è anormalità, eredità imperfetta per mancanza di selezione corrispondente nei caratteri sessuali secondarii.

E conclude, dopo averne dato prove ed esempi, che la mancanza del genio nella donna non deriva dalle condizioni sociali in cui è stata e ancora rimane in gran parte, ma dalla sua stessa condizione sessuale.

Esiste una meravigliosa concordanza di opinioni, su questo punto, fra uomini di più apposti sentimenti, idee, e coltura mentale.

Un libro, pieno di spirito, che tutte le donne potrebbero leggere con profitto dice che l'inferiorità intellettuale della donna non é discutibile. E certo che si trova appena da segnalare, in tutta la storia qualche donna di genio. Le femmine hanno poetesse e tutte di second' ordine; possono appena citare due o tre autrici drammatiche, ma senza alcuna portata non hanno un solo storico, un filosofo; qualche nome si estolle in teologia; e in scienze politiche e sociali non v' è che un unico esempio.

Il primo posto loro spetta nel genere epistolare, e nel romanzo non superano l' uomo. E lo stesso nelle arti, eccettuata qualcuna, non troverete che pittrici secondarie, nella scultura dei talenti distinti, e in musica soprattutto delle virtuose.

In conclusione un' eletta schiera di uomini è superiore ad un eletta schiera di donne. La storia lo stabilisce e la psicologia l' esplica. (1)

---

(1) [illegible] G. Simon. - La femmine di vingtième Siècle. Paris. Lévy édit. 1892.

*
* *

Le cognizioni che si posseggono ora intorno alle differenze fisiche e psichiche della donna si trovano largamente raccolte e ordinate nella Donna delinquente di Lombroso e Ferrero.

Credo utile riportarne qui un sunto piuttosto fedele.

« I dati anatomici e biologici tolti a un gran numero di osservazioni personali e di molti autori sono questi: La donna è più infantile dell'uomo, nella statura, nel polso, nella scarsezza del pelo al volto, nella maggior lunghezza del tronco, in rapporto agli arti inferiori, nel volume e peso dei visceri, nella maggior ricchezza di connettivo e di grasso, nel minor numero e nel minor peso specifico dei globuli, nel maggior peso del siero, nella minor quantità di emoglobina, nel minor peso e volume del cranio, della mandibola e del cervello, nel minor numero d'interruzioni dei giri nei solchi del lobo frontale, nel minor numero dei caratteri degenerativi e di variazione, salvo nell'imene e nelle piccole ninfe; l'infantilismo poi si estende alle funzioni, alla circolazione, al respiro, alla capacità respiratoria, alla minor quantità di urea, alla forza minore, al maggior mancinismo.

La sensibilità tattile, la gustativa e l'olfattiva sono in generale più fine nell'uomo che nella donna, in cui la sensibilità sessuale è ancora minore: la donna è naturalmente e organicamente monogama e frigida.

La minore sensibilità dolorifica, che la fa resistente al dolore, e la minore intensità emotiva risultano da molteplici deposizioni ed osservazioni.

La donna ha una gran tendenza alla crudeltà, prodotta dalla sua debolezza, dalla sensibilità minore, dalla maggiore impulsività e fiacca inibizione; mentre poi ha

quasi il monopolio della pietà che é generata dalle abitudini della maternità e della famiglia.

Ma l'evoluzione, in grazia della selezione naturale e della selezione sessuale, si risolverà in favore della grazia e della pietà che si consolideranno e allargheranno a scapito della crudeltá, che ora si è già di molto mitigata, assumendo carattere morale (calunnia, dispetto, derisione, ecc.).

L'amore della donna è meno intenso, e se esso pare ne sia tutto nella vita, è perché è collegato e dipendente dall' istinto di maternità che in lei è preponderante: la donna é madre, più che amante dell'uomo, e l'affetto e la devozione che gli dimostra si debbono ad istinti di soggezione e di devozione acquistati per adattamento.

Da proverbi popolari e citazioni autorevoli (Dohm, Flaubert, Schopenhauer, Zola, Signora Mayo, Balzac, Stendhal) risulta che nella donna è facile la menzogna, che è favorita e sostenuta o giustificata dalla debolezza, dalla mestruazione, dal pudore, dalla lotta sessuale, dal desiderio di essere interessante, dalla suggestionabilità e minor criterio, e dall' ufficio della maternità.

Grande poi é nella donna la vanità, facile e violenta l'ira, frequente l' avarizia. La scarsa lealtà, il sentimento dell'onore ristretto, la gelosia, l' invidia e la malizia, elevati a norma dei rapporti tra loro, lo spirito vendicativo confermano che « la donna normale ha molti caratteri che l' avvicinano al selvaggio, al fanciullo, e quindi al criminale, e altri diametralmente opposti, che neutralizzano i primi, ma che le impediscono di avvicinarsi nella sua condotta quanto l'uomo, a quell' equilibrio fra diritti e doveri, egoismo e altruismo, che è il termine dell' evoluzione morale ».

« In quanto all' intelligenza la donna non assorge alle

grandi creazioni e perciò manca di genii, manca anche di quell'originalità che pur si trova negli uomini medii; per effetto di una minore differenziazione nelle funzioni del suo cervello, manca di inclinazioni speciali per un'arte, una scienza, una professione: le donne scrivono, dipingono, ricamano, suonano; fanno le sarte, le modiste, le fioriste successivamente; buone a tutto ed a niente; ma non portano che raramente l'impronta della propria originalità in nessun ramo. La minore potenza creativa si rivela nella grande tendenza conservatrice, per cui si aggrappa con passione ad ogni cosa vecchia e tradizionale, tradizioni religiose, costumi, ornamenti, precetti di medicina antichi. Essa ha in compenso una eccezionale facoltà assimilatrice, e diventa ottimo mezzo di propagazione di idee nuove. Ha inoltre una pronta intuizione dei pensieri e dei sentimenti della gente, intuizione che è evidentemente una forma di automatismo psichico, un vero e proprio istinto.

Essendo poi nel cervello femminile le idee meno chiare e determinate, la loro forza di associazione è minore, e perciò minore la facoltà creatrice che risulta dall'attrazione di idee lontanissime.

Come poi difetta nella sintesi e nell'astrazione, gradi più alti dello sviluppo mentale, eccelle nell'analisi e nella percezione nitida dei particolari.

Scrive meno dell'uomo, parla di più a preferenza nella forma primitiva della parola (la ciarla), di cui la epistolografia sarebbe la rappresentante nella scrittura; e certo la donna è superiore all'uomo nel genere epistolare.

Riesce a meraviglia e più dell'uomo in tutte le occupazioni che richiedono l'uso della pazienza; ma questa pazienza maggiore della donna è un effetto della sua minore eccitabilità corticale e della minore sen-

sibilità, avendo meno bisogni di sfoghi svariati e molteplici ».

*
* *

Le teorie di Lombroso e Ferrero hanno trovati forti oppositori.

Il Morselli (1) dice che la donna è diversa dall' uomo per qualità non per quantità: l'evoluzione fisica è diversa, in conformità a diverso ufficio, e né più alta, né più bassa. « L' evoluzione mentale della donna è fatta sulla via dell'indirizzo affettivo e quello dell'uomo su quello intellettivo ».

« È finito il tempo in cui si credeva che l' evoluzionismo andasse dall' imperfetto al perfetto: esso va dall' adatto all' adatto, nel senso che è perfetto ció che è adatto al suo genere di vita ».

Veramente queste osservazioni non vieterebbero che l' uomo e la donna fossero l' uno superiore all' altra, se il genere di vita del primo fosse più elevato del genere di vita della seconda.

Anche la formica e la scimmia sono adatte ciascuna al loro genere di vita, ma ciò non toglie che la scimmia sia superiore alla formica nella scala zoologica.

Per Mosso (2) « le differenze fondamentali che distinguono il nostro corpo da quello dei bruti sono essenzialmente dei caratteri femminili.

Per Mantegazza (3) « la donna non è, nè al di so-

---

(1) (3) Citati da Venturi S. Origine dei caratteri differenziali fra l'uomo e la donna. Il Manicomio moderno. Anno XII, N. 1 1896. Pag. 111.

(2) Mosso. L'educazione fisica della donna. Milano, Treves 1892, pagina 28.

pra, nè al di sotto dell'uomo, ma gli é accanto. Uomo e donna sono due linee parallele che saranno sempre vicine senza toccarsi mai. Ognuno di essi compie una diversa missione nella fecondazione e nell' umana società e nessuno dei due può sostituirsi all' altro, senza cadere in mostruosità ».

Mazzini (1) aveva dettato: « non vi è nè *uomo*, nè *donna*, ma l' essere *umano*, l' essere nel quale sotto l' aspetto d' uomo e di donna, s' incontrano tutti i caratteri, che distinguono l' *umanità* dall'ordine degli animali ».

E lo stesso Mazzini: « Non esiste disuguaglianza fra l' uno e l' altra; ma come spesso accade fra due uomini, diversità di tendenze, di vocazioni speciali. Sono due note d' un accordo disuguali o di natura diversa? La donna e l' uomo sono due note, senza le quali l' accordo umano non é possibile ».

Ammettiamo, diceva il Sorani, vi sia uguaglianza fra i due sessi nelle facoltà essenziali; ma riconosciamo esistenti eziandio delle differenze di quantità in molte di esse: e fra le altre cose notiamo nella donna maggiore impulso all' affetto, mentre nell' uomo riscontriamo maggior forza e concentrazione di spirito: riconosciamo infine, che quantunque queste diversità non facciano nascere superiorità da un lato e inferiorità dall' altro, pure influiscono sull' attività dei due sessi e loro danno un indirizzo diverso ».

Poichè tutti concordano nel ritenere che le facoltà psichiche della donna seguono l' indirizzo affettivo e quelle dell' uomo l' indirizzo intellettivo, esaminiamo in quale rapporto si trovano fra loro questi due indirizzi,

---

(1) Mazzini. I doveri dell'uomo. Roma 1872, pag. 55-57.

cioé, per semplificare, come stanno tra loro l' intelligenza e il sentimento.

* * *

L' elemento percettivo e il sentimento sono i due elementi costitutivi, prima implicati, poi separabili e analizzabili distintamente, della sensazione (Sergi). Cosicchè la percezione con tutto il suo sviluppo intellettivo e il sentimento fino al grado elevatissimo delle emozioni, nascono da un unico stipite, sensazione (1). Quindi nè superiore l'uno, nè inferiore l' altro.

Ma forse nello sviluppo ulteriore l'intelligenza diventa superiore al sentimento; ma forse il miglioramento della psiche umana avviene in modo che l' intelligenza e la ragione abbiano un giorno il governo esclusivo della condotta?

Secondo Aristotile la semplice conoscenza è apprensione, rappresentazione, teoria o contemplazione, ma non mena all' attività pratica che è, essenzialmente orettica, cioè cupida, tendente al fine, all'azione (2).

L' attività pratica comincia pure come la conoscenza dalla sensazione. La sensazione, in quanto produce piacere o dolore, implica una tendenza a conservare il primo stato e a fuggire il secondo. Questa tendenza è per Aristotile l' appetito, che si scinde in inclinazione ed avversione, che sono i due modi, onde s'inizia il fare.

Nel concetto aristotelico la chiave dell' attività umana è il sentimento, e siccome il fine ultimo dell' uomo, la felicità (il ben vivere e il ben fare) non si raggiungono col sapere astratto, colla contemplazione, è chia-

(1) Sergi Dolore e piacere. Pag. 46.

(2) Troiano. Classificazione delle Scienze. Rivista ital. di Scienze sociali e politiche. Anno I, Fasc. I.

ro che senza il sentimento, nè la vita individuale, nè la vita sociale o collettiva sarebbero possibili.

Non è lo stesso dell' intelletto, della conoscenza, del sapere astratto, che tutto al più mena all' *autarchia* cioè ad una forma astratta e vana di felicità personale (1).

Spencer dimostra che la cognizione non è mai il movente della condotta, e lo è invece il sentimento che accompagna quella cognizione o è da esso eccitato (2).

La condotta è influenzata dalla cognizione solo quando questa, abbandonando la forma intellettuale in cui il sentimento è poco più che verbale, ne prende un'altra in cui diventa una vivida rappresentazione di sentimento (Spencer).

Bain insiste sull' importanza del sentimento nella produzione delle opere d' arte. Per lui l' immaginazione si compone di potenza intellettiva e di sentimento. Ma il sentimento dà il tono al pensiero (3).

Non era l' immaginazione che dava a Wordswarth, a Byron, a Schelley, il loro grande godimento della natura, ma l'amore della natura *preesistente in essi girava verso la natura* la loro attenzione e i loro pensieri.

Dice lo stesso il De Sanctis, studiando *Le contemplazioni* di Victor Hugo. In Victor Hugo, egli dice, come in tutti i grandi poeti, è un vero, un profondo amor della natura (4).

Per Del Greco non è disgiunto lo stato affettivo dalla genesi dell' idea geniale; per lui, fra idea geniale, emotività, azione vi è un legame profondo (5).

---

(1) Fiorentino. Lezioni di Filosofia. Pag. 275 e seguenti.
(2) Spencer. Introduzione allo studio della Sociologia. Milano. 1881. Pag. 478-79.
(3) Bain. L'esprit et le corps. Paris 1880. Pag. 216-17.
(4) De Sanctis. Saggi critici. Napoli. Morano. 1896. Pag. 466.
(5) Del Greco. Dei rapporti tra genio e follia. il Manicomio Moderno. Anno XII, N. 2-3.

Godfernaux va più in là di tutti. Egli sostiene che le teorie che considerano il pensiero come la sorgente unica di tutte le manifestazioni psichiche devono essere abbandonate, o almeno assai modificate. Secondo le sue vedute la teoria dell'associazione delle idee, con cui si son potute riassumere per lungo tempo le leggi fondamentali del pensiero, mostra *come* le rappresentazioni mentali si aggruppano e si riproducono, ma non dà il *perchè* di questo aggruppamento e di questa reviviscenza. L' agente dell'associazione delle idee che non si trova nel pensiero, non si poteva cercare che nel sentimento, forma opposta e complementare della vita cosciente (1).

Di che è capace l' intelligenza senza la guida dei sentimenti? È capace di qualunque aberrazione, pur che soddisfi a certe esigenze logiche! Può giungere perfino alla negazione di ogni principio morale! Secondo Spencer l'aumento di coltura intellettiva e la diminuzione di delicatezza di coscienza vanno di conserva (2.)

E certo che salvo eccezioni, gli uomini prevalentemente intellettivi sono immorali ed egoisti.

Non si può guardare, senza paura, esclama il Nordau (3), alle sorti dei popoli civili dell' occidente, che pure intellettivamente sono i più sviluppati, riflettendo al modo come si sagrificano senza peritanza all'egoismo e all' ipocrisia dominanti.

E in realtà avvenimenti contemporanei sono segni allarmantissimi dell' indifferenza con cui si giudicano i sentimenti d' onore e di giustizia; quelli conculcati dal-

---

(1) Godfernaux. Le sentiment et la pensée. Paris. Alcan 1894, pag. 2.
(2) Spencer. Introduzione allo studio della sociologia. Pag. 490, in nota.
(3) Nordau. Le menzogne convenzionali della nostra civiltà. Milano. Dumolard. Pag. 321.

la febbre dell' oro, questi dai capricci o dagli interessi dei politicanti.

Rivivono i tempi descritti mirabilmente dal de Sanctis (1), quando colle dottrine del *probabilismo*, della *directio intentionis* e *restrictio mentalis*, ogni cattiva intenzione, ogni delitto erano giustificati. Dottrine allora divulgate dai Gesuiti che avevano saputo molto elevarsi nella coltura, quando i più vivevano nell' ignoranza o in una mezza istruzione che è peggiore dell'ignoranza.

La ragione pura è, passi la metafora, un corpo senza anima; la ragione non muove un atomo di questa terra, e tutto ciò che si fa, parte da un affetto.

Le intelligenze più coltivate, Spencer ancora ci detta, non divengono per questo tanto razionali da lasciarsi dirigere dall'intelletto indipendentemente dal sentimento. Avviene anzi di continuo che gli uomini di maggior sapere fanno cose che sanno esser dannose.

Si distinguono oggi due politiche: politica di ragione e politica di sentimento. Ebbene la cosidetta politica di ragione non è stata mai così egoista, così inumana, direi così barbara, come adesso. Una politica di calcolo e d' interesse, vuota di ogni idealità, come è vuota di idealità la vita di questo scorcio di secolo. Ma chi non vede che si maschera con la parola ragione ciò che è sentimento pure, ma sentimento utilitario e mercantile? In conseguenza per politica di ragione, si deve intendere una ragione politica, cui è guida il volgare interesse.

Si potrebbe dir tanto della ragione per mostrare che senza i sentimenti, essa non serve che a demolire tutto ciò che rende amena, utile, e nobile la vita, ma nessuno

---

(1) De Sanctis. Storia della letteratura italiana. Napoli. Morano. 1892. Pag. 294-95.

potrebbe dirlo, come lo disse ad un uditorio magnifico nella sala del West End Hôtel, il 24 maggio di quest'anno la signora Matilde Serao in una smagliante conferenza dal titolo « Nel sogno », da cui non posso strappare che una sola delle tante gemme:

« Ma che cosa ci è accaduto? Come è che abbiamo dimenticato la scienza della vita? Chi ha spezzato, in noi, la molla della nostra energia? Quale mano ha strappato a noi il velo che ci nascondeva la verità e ci ha resi timidi, trepidanti, quasi vili? Chi ha ingrandito, innanzi a noi, la possanza della vita ed ha ammiserito la nostra possanza? È la fredda ragione che tanto fece. La fredda ragione v' invita a guardare in voi stessi, a misurarvi, a pesarvi, a calcolarvi; e voi sentite tutta la pochezza delle vostre forze, le inevitabili eredità di debolezza che sono nella specie, la miseria del sangue e della fibra, le limitazioni implacabili che mette la Natura e che mette Iddio, le cadute fatali della volontà innanzi agli istinti che non si dominano, le strettoie dove tutto l'uomo si agita e che la ragione, la fredda ragione vi descrive, come la catena del galeotto che si porta fino alla morte. Parla al vostro orecchio, la fredda ragione, e vi mostra lo spettacolo della vita senza velo, senza aureola nella sua nuda verità. Tutto il congegno sociale, così bizzarro, così stravagante, così imperfetto, ma che non si potrebbe mutare, forse, che in peggio, la ragione ve lo smonta, innanzi, nelle sue ruote, nelle sue rotelle, nelle sue rotelline, e voi ne osservate tutti gli errori fatali, tutte le ingiustizie, tutte le infamie, e voi provate l'orrore invincibile dell'uomo dinanzi ad una macchina mostruosa che lo deve schiacciare. Questo è il compito della ragione! Deve dirvi la verità; e non importa che la verità sia il vostro dolore e la vostra morte. »

Da che dipende che comunemente si crede essere i

sentimenti subordinati alle idee e quasi da queste adoperati ai loro fini? Dipende dall'uso improprio della parola « idea » colla quale spesso si allude a fenomeni dell' ordine affettivo, che gl' inesperti, prendendo nel significato letterale, attribuiscono a fenomeni dell' ordine intellettivo. Così pure si dicono intellettuali, persone di squisito sentire, di alti ideali e di gusti raffinati, piuttosto che di alto sapere, sebbene questo vi debba andar congiunto.

E' una confusione giustificata dalla psicologia, perchè i sentimenti più elevati sono tanto lontani dalle sensazioni che si avvicinano alle idee, hanno perduto quasi il carattere di stati affettivi e si avvicinano agli stati intellettivi. Il Paulhan lo aveva osservato: « quando le differenze che separano un fenomeno affettivo, da un fenomeno intellettivo sono assai deboli e tendono a sparire, si comprende che i due fenomeni tendono a confondersi e forse realmente si confondono » (1).

Da quanto ho detto si puó trarre la conseguenza che l' indirizzo esclusivamente intellettuale non può bastare alla vita, che pei bisogni di questa l' influenza dei sentimenti è superiore a quella dell'intelletto, e, se ciò non piace, che un' equa partecipazione dei sentimenti e dell' intelletto si rende indispensabile per una condotta morale, senza però poter affermare che all' intelligenza spetti il predominio.

Per la diversità d' indirizzo non é dunque l'uomo superiore alla donna; la domanda da mettersi ora é piuttosto questa: Nella scala dei sentimenti la donna ha toccate quelle altezze che le permettono di gareggiare colle altezze intellettive che l' uomo ha indiscutibilmente toccate?

---

(1) Paulhan. Les phénomènes affectives et les lois de leur apparition.

∴

Chi legge Maxime du Camp (1) vede di quali atti, di quali opere, di quali atti sublimi, di quali opere meravigliose possa esser capace la donna animata dallo spirito di pietà e di carità. Le più grandi istituzioni ospedaliere e filantropiche, dove migliaia di vecchi, di fanciulli e di miseri trovano ricetto, alimento e cura, devonsi all'iniziativa e all'impulso delle donne.

Qui in Napoli fu una donna, Maria Longo, la prima che nel 1519 otteneva l'erezione di un ospedale grandioso sotto il nome di S.ª Maria del Popolo (Staffa).

E il primo ospedale gratuito per fanciulli poveri « l'ospedale Lina » fondato in Napoli, è opera di una donna, il cui nome è simbolo di apostolato di carità, la Duchessa Ravaschieri Fieschi, cui si debbono pure altri istituti di benificenza.

Un'umile intelligenza e un gran cuore, scrive Lombroso, possono più di una grande intelligenza senza cuore (2).

La potenza del sentimento di pietà nella donna scaturisce dal sentimento di maternità e di conservazione della specie, che domina tutte le sue manifestazioni e con cui tutte le virtù e tutte le debolezze di lei si spiegano. La pietà è un rampollo del sentimento materno (Lombroso e Ferrero).

Si legge in un pregevole lavoro del Marro: « la vita riproduttiva della donna e l'istinto che la regge si estende sulla figliuolanza, crescendo col crescere de-

(1) Mayime du Camp. La charité privée à Paris.

(2) Lombroso e Ferrero. Op. cit. Pag. 94.

gli anni, immedesimando la sua vita con le peripezie e le vicende della vita dei figli (1) ».

« Col crescere degli anni l' animo dell'uomo inaridito si aggrappa grettamente alla vita sua propria.

Nella donna le tendenze eccentriche dominano sempre sulle concentriche. L' egoismo presso di essa piglia piuttosto la forma della pinzocheria, che quella dell' avarizia, ed in questo sentimento morboso non poche volte si cela anche una preoccupazione solerte, una cautela maggiore per assicurare la vita e la prosperità della prole ».

Anche Spencer aveva rilevato che la specializzazione mentale e fisica della donna, principalmente relativa all' allevamento della prole, la rendono eccelsa nella carità che riguarda la protezione dell' infanzia (2)

E' da notare però, che un principio d' altruismo sociale si è potuto avere, quando dalla promiscuità si è passato alle relazioni coniugali; l' amore del prossimo è una forma più larga dell'amore della discendenza, che è già un sentimento altruista.

Quindi Spencer aveva ragione nell'affermare che « solamente là dove le relazioni altruiste nel gruppo domestico hanno raggiunto forme molte sviluppate, nascono le condizioni che rendono possibile un pieno sviluppo di relazioni altruiste nel gruppo politico (3) ».

Così si spiega, perchè nelle manifestazioni della carità e della pietà, la donna ha preceduto l' uomo e vi terrà sempre il primato.

E' in questi sentimenti che si è spiegato e si spiegherà il genio femminile; i grandi benefizii che esso ha

(1) La Pazzia nelle donne. Annali di Freniatria. Vol. III. Fasc. I, Agosto 1891.

(2) Spencer. Introduzione allo studio ecc. Pag. 502.

(3) Spencer. La morale évolutionniste. Paris, Alcan. Pag. 176.

prodotto e sarà per produrre eguagliano i prodotti del genio intellettivo che la donna ha scarso, almeno finora.

E spesso gli è di aiuto la « bellezza », un altro equivalente del genio, che Tonnini chiamò genio somatico, il cui fascino supera spesso la potenza persuasiva dei più eloquenti discorsi.

Spencer (1) crede pure, che é destinato a diventare un dono speciale, una caratteristica della donna, l'abilità che essa possiede di percepire prontamente lo stato mentale delle persone che la circondano, col continuo esercizio di questa facoltá e colla sopravvivenza di quelle creature che la possedevano e posseggono ad esuberanza.

Vero é, che simile facoltà è ora, il più delle volte, un intuito che non si basa su alcuna ragione determinata, come disse Spencer e come ripetono Lombroso e Ferrero; ma se si unisce ad essa l'abilità dell'analisi psicologica, ne risulta una potenza meravigliosa a comprendere lo stato mentale degli altri (Spencer). Il che avverrà certamente coll'elevarsi del livello medio dell'intelligenza muliebre.

*
* *

Ma di contro a queste eminenti facoltà, quante e quali sono le deficienze morali della donna? Chi puó dubitare che vi sia dell'esagerazione in quanto scrive Lombroso sulla crudeltà, sulla vendetta, sulla slealtà ed altri difetti di lei? Chi non può recare il suo contributo di studii e di conoscenze, il suo fatto particolare e la sua sperienza?

---

(1) Spencer. Introduz. allo studio ecc. Pag. 504.

La donna presenta, aveva già detto Spencer (1), una deficienza percettibile in quella facoltà affettiva, che è l'ultimo prodotto dell'evoluzione umana, nella più astratta delle emozioni « il sentimento della giustizia »; quel sentimento il quale regola la condotta indipendentemente dagli affetti personali e della simpatia ed antipatia che ispirano gl'individui.

Ma non è nelle specie delle emozioni e nelle loro varietà che si può vedere interamente le manchevolezze dei sentimenti femminili; queste risaltano ancora meglio se si guarda al modo come si manifestano i sentimenti. Non è raro assistere ai più strani contrasti, all'alternarsi di emozioni di genere diverso e del tutto disparate, al cozzare di passioni opposte, che menano ad azioni egualmente contradittorie.

Signore pietosissime sono crudeli, severe, tiranniche coi loro servi e dipendenti, se si trovano a capo di una qualsiasi azienda. Ogni piccola mancanza, per poco che tocchi la loro vanità, le spinge ad ogni estremo; restie nel perdono, corrive nella vendetta. Altre spiegano un coraggio straordinario in certi frangenti e fanno opere eroiche di salvataggio, ed erano solite di cadere in deliquio per una puntura di spillo o alla vista di una goccia di sangue.

Sono questi sbalzi testimoni della poco profondità dei sentimenti più elevati, ai quali manca il sostegno di una robusta organizzazione, e l'uso di essi è un artifizio, un espediente per mettersi in mostra e conquistare l'uomo piuttosto che espressione costante, necessaria, spontanea d'uno stato d'animo reale.

È infantilismo tutto questo? Se la parola non vi piace, sostituitene altre e dite « difetto di equilibrio »; se

---

(1) Spencer. Introduzione allo studio ecc. Pag. 501.

nemmeno queste sono di vostro gusto, dite « instabilità di carattere »; se nemmeno così siete soddisfatti, adoperate le parole che meglio sapete scegliere nel vostro ricco vocabolario; ma il fatto é quello, e non muta per mutar di termini.

*
* *

Di certo il livello medio delle manifestazioni intellettive e, in parte, morali della donna, rimane indietro del livello medio dell'uomo; ma, per dirla col Nordau: siamo noi innanzi ad immutabili leggi di natura o alle conseguenze di sciocchezza e dappocaggine umana?

La causa dell'inferiorità della donna è, secondo Lombroso, naturale e rientra in quel fenomeno generale della partecipazione maggiore in tutta la scala animale, del maschio alla lotta per la vita, che sviluppa l'intelligenza, aiutata da un' altra causa naturale, il continuo cambiamento di condizione di vita e di attività dell' uomo; mentre la donna deve consacrare una parte preziosa del suo tempo alle cure della maternità che per essere sempre le stesse non eccitano, nè sviluppano l' intelligenza.

Ma sotto queste cose ve n'ha sempre pel Lombroso una biologica, che n' é il fondamento. Al pari che per la struttura organica, per l'intelligenza, il maschio ha una potenzialità primitiva di sviluppo superiore alla femmina, grazie alla parte minore che ha nella riproduzione della specie; essendo che l' intelligenza come egli stesso dimostró, in tutto il regno animale varia in ragione inversa della fecondità: c'è un antagonismo tra le funzioni di riproduzione e le intellettuali, come tra la genesi, l'accrescimento e la struttura. Ora, essendo

il lavoro della riproduzione in gran parte devoluto alla donna, per questa cagione biologica essa è rimasta indietro nello sviluppo intellettuale Lombroso e Ferrero, op. cit.)

Questo concetto è esatto ed era, com'è nella coscienza di tutti; e l'ho trovato accennato in libri non scritti da naturalisti.

Il Venturi (1) combatte l'ipotesi dell'infantilismo della donna nell'interpretazione dei caratteri differenziali dei sessi, e li interpreta mediante l'ipotesi (certo nuova ed ardita) che l'uomo e la donna, al pari che il maschio e la femmina di ogni altra speciale animale, sono stati appartenenti originariamente *a due specie di animali differenti,* specie che devono aver avuto, fra loro la più strettà affinità, ma che tuttavia devono essere naturalmente diverse. Se la cosa è così, è evidente che i caratteri differenziali fra gl'individui appartenenti ai due sessi ripetono la causa, non già *dal diverso grado di sviluppo,* ma dalla *diversità di origine,* la quale nello stato attuale di *convergenza,* in cui vivono, mostrasi tuttavia ricordata prevalentemente lungo ogni ordine di fenomeni, somatici, fisiologici e psichici.

Appoggerebbero queste vedute certe affermazioni del Mosso. Questi dice che « il bacino della donna é un tipo nuovo di scheletro che comparve sulla terra.... E, cosa singolare, il bacino dell'uomo rassomiglia più di quello della donna al bacino delle scimmie » (2).

Ora, mentre l'ipotesi dell'infantilismo sembra quasi offensiva per la donna, essa è meno pericolosa per le con-

---

(1) Venturi. Origine dei caratteri differenziali. Il Manicomio Modernlo. Anno XII, N. 1, 1896, pag. 111.

(2) Mosso. L'educazione fisica della donna. Pag. 29.

seguenze di quello che non sia l'ipotesi della diversità di origine. Perchè la di lei inferiorità nel secondo caso sarebbe una conseguenza fatale e inevitabile d'una condizione originaria, che non c'è verso di modificare, mentre l' ipotesi del diverso grado di sviluppo porta con sè la possibilità della perfettibilità, facilitando le condizioni favorevoli ed eliminando le sfavorevoli alla conquista di più alti gradini di sviluppo mentale.

Le cause naturali e biologiche (Lombroso) e quella sessuale (Sergi) non sono poi tali da precludere l'evoluzione del livello morale e intellettivo verso più larghi orizzonti, e da impedire di rafforzarne le basi, di accrescerne la consistenza.

Infatti, se considerate come ostacolo la maggior partecipazione dell' uomo alla lotta della vita, dovete pensare che la donna vi comincia a partecipare e vi parteciperà ancora di più in avvenire in una maggiore misura. Se la monotonia, stabilità e invariabilità delle sue occupazioni, troverete che, specialmente nei grandi centri, le figlie come i figli non seguono più l'orme dei loro genitori, e non amano cristallizzarsi nella vita domestica.

Se, causa veramente preponderante, la maternità, vi accorgerete che tra accoppiamenti sterili, tra il diminuire dei matrimoni, tra la limitazione artificialmente messa alla prole, le occupazioni della maternità diminuiscono.

E poi il Mosso porta fatti per provare che lo svolgersi dell'attività della donna nel campo intellettuale non sia a danno della sua femminilità (1).

Dunque? Dunque le condizioni naturali e biologiche

(1) Mosso. L'educazione fisica della donna. Pag. 31.

tendono a perdere la loro intensità inibitrice sul progresso delle facoltà muliebri.

Dunque queste leggi di natura non sono inflessibili.

*
* *

Noi a via di astrazioni metafisiche, di baloccamenti a base di idealismo ultranaturale, di suggestioni e contemplazioni da fakiri, abbiamo perduto di mira la realtà delle cose e quegli ideali umani conciliabili colle leggi della biologia.

Lo stato coll' elaborare i mezzi di sottrarci quel danaro che non guadagniamo, tassandoci perfino l' aria, l' acqua e la luce ed ogni sorta di alimenti, ci ha adusati a credere che sia possibile di vivere nel vuoto e nel digiuno. Insegnando nelle scuole il disprezzo della materia, mira allo stesso scopo: inculcare una nuova specie di pudore, « la vergogna di mangiare ». E già se ne vedono i frutti: le fanciulle arrossiscono più facilmente se sono sorprese dall' uomo nell'atto di addentare una pagnotta, che in quello di tuffarsi nel bagno.

L' istinto di nutrizione è un affare bestiale. Lo stato ha bisogno di accreditare un eroismo di nuovo conio « l' eroismo della fame », perchè il denaro non basta più a fabbricare strumenti bellici e navi formidabili, nè a soddisfare le esigenze dell'egoismo delle classi dirigenti.

Le tradizioni monastiche e i principii religiosi che santificavano la verginità, e comminavano l' inferno a chi ubbidiva agli impulsi di natura o alla voce della maternità, sono ora aiutati da quel miraggio che dicesi matrimonio, fuggente innanzi agli sguardi di chi tenta afferrarlo.

Ecco, pertanto, gl' istinti di conservazione dell' individuo e della specie messi alle più dure prove, ed ecco crescere, su queste terreno di aspre lotte, rigogliose, e mandar nuovi germogli « la delinquenza e la prostituzione ».

∴

Vedemmo essere il pudore un sentimento acquisito, che ha ufficio di protezione sessuale e di protezione della discendenza.

Noi siamo così da un punto di vista, dal quale possiamo dominare ogni quistione riguardante questo sentimento.

Il pudore è favorito da quelle condizioni, che favoriscono la forma sociale più elevata della conservazione della specie (matrimonio).

Il pudore è affievolito da quelle condizioni, che inducono il ritorno alla forma naturale della conservazione della specie.

Dimostrare al cimento dei fatti la verità di queste leggi non é cosa agevole.

Dovremmo avere sott'occhio dei fenomeni sociali definiti, che del difetto di pudore fossero una manifestazione diretta, immediata, da cui ogni altra causa potesse essere esclusa; ma ciò è difficile.

Infatti, se prendessimo come indice di impudicizia la prostituzione e la mettessimo in confronto coi matrimonii, potremmo errare per più ragioni. Vi sono prostitute, in cui è ancora forte il pudore; vi sono mogli, che hanno perduto ogni traccia di pudore per vizio o per calcolo.

Se ci seducessero i dati delle nascite illegittime, urteremmo contro altre difficoltà: non si può dire che abbia perduto il pudore chi produca figli illegittimi; in alcune regioni d'Italia per es. le unioni naturali sono quasi di regola, sia che rimangano tali per tutta la vita, sia che si trasformino in unioni legali.

Le nascite illegittime possono decrescere, nonostante la diminuzione dei matrimonii, coll'uso dei mezzi adatti ad arrestare nei primi mesi della gravidanza lo sviluppo dell'uovo. (Nei grandi centri vi sono persone che esercitano quest' infame mestiere).

Nulladimeno io riterrò con Lombroso e Venturi che la Prostituzione esprima la rinuncia al pudore, ed ecco come si comporta rimpetto al matrimonio.

« Il rapporto tra prostituzione e matrimonio si avvera quasi costantemente nel senso, che quando l'una cresce, l'altro diminuisce, e ciò si vede nella seguente tabella:

| Gruppi di Provincie | Differenza per ogni 10,000 abitanti nelle prostitute patentate tra il 1874 e 1881 | Differenza per ogni 10,000 abitanti nei matrimonii tra il 1871 e il 1881 |
|---|---|---|
| Piemonte | + 0,59 | — 3,4 |
| Liguria | + 1,23 | — 4,4 |
| Lombardia | + 0,98 | — 6,1 |
| Marche | — 0,70 | + 17.2 |
| Toscana | — 0,85 | + 5,8 |
| Campania | — 0,14 | + 9,3 |
| Puglie | — 0,38 | + 24,8 |
| Sardegna | + 0,76 | — 11,17 |

Ciò però non esclude che dove è maggior quantità di prostitute, sia anche maggior quantitá di matrimonii, per es. nella Campania, nelle Puglie, nella Sicilia, nel Lazio (1) ».

Ma un fatto simile non infirma la legge, che le cause che diminuiscono i matrimonii facilitano lo sviluppo della prostituzione perchè, bisognerebbe sapere:

1.° qual'è il numero delle donne vedove o nubili di una data regione;

2.° quante di esse sono coniugabili, cioè non sieno nè malate, nè deformi, nè brutte, nè vecchie, nè minori; per poter calcolare se l' aumento dei matrimonii non sia rimasto inferiore alla misura che avrebbe dovuto raggiungere. Perchè in tal caso l'aumento di prostituzione e l'aumento di matrimonii non starebbero in rapporto fra loro; ma l' aumento di prostituzione starebbe in rapporto del numero di matrimonii non eseguiti, o per dir più precisamente, in rapporto della differenza fra l' aumento conseguito e l' aumento possibile dei matrimonii.

Rinunziano al pudore, cioè cadono nella prostituzione, quelle donne che non hanno potuto avere un marito.

L'età, in cui le donne si prostituiscono più facilmente, é una prova di alto momento.

Quando è che esse sentono più fortemente la voce della natura, la voce di Dio: *crescite et multiplicamini?*

Supponiamo, per semplificare, che l' istinto di perpetuare la specie, acquisti la maggior forza quando lo sviluppo psico-fisico è completo, e propriamente quando la donna diventa maggiore nel senso legale, cioè a 21 anno.

---

(1) Questioni relative alla prostituzione. Firenze 1885. Pag. 41.

Scartiamo quindi da questa indagine tutte quelle donne che si prostituiscono prima dei 21 anno, ammettendo in esse (non sempre e vero) una precocità morbosa, che è piuttosto di dominio della patologia.

Ebbene le statistiche (1) ci dimostrano che in Italia

nel 1875 si ebbero:

| | |
|---|---|
| dai 16 ai 20 anni | 2455 |
| dai 21 ai 30 » | 4776 |
| dai 31 ai 40 » | 1586 |
| dai 41 ai 50 » | 234 |
| dai 51 in su | 47 |
| | 9098 |

nel 1881

| | |
|---|---|
| dai 17 ai 20 anni | 2953 |
| dai 20 ai 30 » | 5453 |
| dai 30 ai 40 » | 1588 |
| dai 40 in su | 425 |
| | 10422 |

Ecco un'altra eloquente tabella indicante l'età di 3584

(1) Questioni relative alla prostituzione. Pag. 28 e seg.

prostitute iscritte all' ufficio dei costumi di Marsiglia nel periodo di 10 anni (1):

| Età | Numero | Età | Numero | Età | Numero |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 1 | 28 | 114 | 42 | 0 |
| 15 | 12 | 29 | 98 | 43 | 2 |
| 16 | 35 | 30 | 68 | 44 | 4 |
| 17 | 56 | 31 | 53 | 45 | 1 |
| 18 | 78 | 32 | 63 | 46 | 8 |
| 19 | 89 | 33 | 30 | 47 | 1 |
| 20 | 103 | 34 | 18 | 48 | 1 |
| 21 | 644 | 35 | 26 | 49 | 0 |
| 22 | 616 | 36 | 17 | 50 | 2 |
| 23 | 413 | 37 | 15 | 51 | 0 |
| 24 | 270 | 38 | 10 | 52 | 1 |
| 25 | 303 | 39 | 12 | 53 | 1 |
| 26 | 238 | 40 | 8 | 54 | 1 |
| 27 | 176 | 41 | 5 | 55 | 1 |

Non si arriva al matrimonio, e si cade nella prostituzione, che è la perdita del pudore.

Altre prove: su 5183 prostitute a Parigi:

Concubine abbandonate . . . . . . . . . . 1425
Condotte a Parigi e abbandonate dai loro amanti 404
Sedotte e scacciate dai padroni . . . . . . 289

2118

E pare che bastino.

(1) Mireur. Op. cit. Pag. 158.

*
* *

Dimostrate le leggi ricerchiamone le cause.

Chi impedisce alla donna di maritarsi?

Risponde Spencer: *Dall'esservi o non esservi i mezzi di fortuna adeguati.*

Ma non occorre incomodare Spencer.

I fenomeni della vita economica sono avvertiti, dice Nordau, (1) anche dagl'intelletti più ottusi e dalla facoltà di osservazione la più limitata.

E qual' è intelletto ottuso e facoltà d'osservazione limitata, che non scorga, che il maggior impedimento al matrimonio è la mancanza di danaro?

Quelli che amano gabellare sè ed il prossimo, sentenzieranno che i matrimonii sono impediti dall'aumento delle malattie, dall'immoralità, dal decadimento della bellezza od altre cause di simil genere.

Ma é facile dimostrare la fragilità di tali argomenti.

È noto, che le donne brutte o storpie o infermicce, purchè abbiano quattrini, trovano presto un marito. Anche una condotta biasimevole non é di ostacolo al matrimonio. Donne che ottennero un buon compenso in moneta dagli amanti che le abbandonarono, trovarono presto uomini che le trassero in ispose pel danaro, pur sapendone la provenienza. Ciò ha fatto dire al Venturi (2) che il matrimonio, com'oggi è fatto, « manca agli obbiettivi del miglioramento della specie e sacrifica le propensioni suggerite dai bisogni dell'organismo ».

Riferisce Spencer (3). che alcune donne le quali avendo parecchi figli illegittimi ricevevano settimanalmente, sulla tassa dei poveri, un tanto a testa per sostenerli,

(1) Nordau. Le menzogne convenzionali. Pag. 230.
(2) Nordau. Op. cit. Pag. 323.
(3) Spencer. Introduzione allo studio ecc. Pag. 493.

sono state scelte in ispose da uomini, i quali appunto contavano su quell' assegnamento!

Si contrae matrimonio per avvantaggiare la propria fortuna, per assicurarsi un' esistenza gradevole, per conquistare e conservare una buona posizione sociale (1).

Quante sono le donne che possiedono beni di fortuna, capitali, occupazioni lucrose che valgano ad eccitare gli uomini a sposarle?

Consultiamo le statistiche.

Il censimento della popolazione del regno d' Italia nel 1881 segna nella categoria « capitalisti, benestanti, agiati » 384,614 femmine; in quella dei « pensionati » 42,842 femmine, cui aggiuntene di ambo le categorie, 12,997 da 9 a 14 anni, si ottiene una cifra di 512,428 femmine con capitali e pensioni, esclusi solamente i bambini fino ad 8 anni compiuti. Vi sono poi in Italia 1,399,965 donne che hanno possedimenti di terreni e fabbricati, che unite alle prime formano il numero complessivo di 1,912,393 donne provviste di capitali, di beni stabili e pensioni.

E queste sopra una popolazione femminile di 14,194,245 individui!!!...

Le statistiche non indicano quanti dei possedimenti, e capitali e delle pensioni appartenenti alle 1,912,393 donne testè indicate, sono tali da fornire un reddito insufficiente ai più elementari bisogni; ma è da ammettere che rappresentino la maggior parte.

Ad attenuare le spaventevoli conseguenze di queste notizie gli ottimisti diranno che parecchi milioni di donne avranno professioni, industrie, mestieri ed altre occupazioni lucrose.

(1) Venturi. Le degenerazioni, ecc. Pag. 56.

Cominciamo dal notare che 3,759,792 femmine non hanno altro ufficio che quello di *attendere alle cure domestiche*. Le maestre sono intorno a un 20,000; qualche milione le operaie. Gli stipendii *lauti* delle maestre si sanno. Le mercedi delle operaie si rilevano dagli appunti seguenti, che indicano le mercedi giornaliere dei maschi e delle femmine di alcuni grandi stabilimenti industriali del Regno:

Ditta Keller (Cuneo). Fabbricazione della seta. Vi sono adibite solamente donne. Operaie provette 1,20, filatrici di 2.ª classe 1,10 al giorno.

Lanificio Sella (Novara).

Uomini: massimo 4.35; minimo 2.25.

Donne: massimo 1,50; minimo 1,25.

Lanificio Rossi (Vicenza).

Uomini: massimo 4,50; minimo 2,10.

Donne: massimo 1,40; minimo 1,30.

Cotonificio Cantoni (Milano)

Uomini: 2,03; donne: 1,25.

Filatura canape. Societá anonima Bolognese.

Vi sono occupate sole donne colla mercede massima di 0,77 e minima di 0,75 ! ! ! . . . (senza commenti).

Società anonima cartiere italiane (Novara).

Uomini: massimo 4,15; minimo 2,60.

Donne: massimo 1,85; minimo 1,50.

Dai quali dati risulta che le operaie hanno in generale appena di che sfamarsi. E perciò aveva ragione Bebel (1) di dire, che la donna è occupata in molte industrie, ma vi lavora tre quarti del giorno con un salario insufficiente, facendo concorrenza all'uomo ed allontanandosi dal matrimonio e dalla vita domestica.

A completare questa istruttiva rassegna, ricordiamo-

(1) Bebel. La donna. Milano. Pag. 207.

ci che in Italia 101,457 persone vivono in abitazioni *sotterranee*, 183,270 in soffitte, e 7,833,064 a pianterreno; in complesso una popolazione di 8,117,791 individui circa; quindi più di 4,000,000 di donne, non possono permettersi un'abitazione conveniente per mancanza di mezzi.

E chiudiamo i conti avvertendo che 46,333 donne esercitano la professione di mendicanti!

Ancora qualche considerazione sulle insegnanti.

Alle donne, anche quelle del basso ceto, che abbiano potuto emergere in qualche modo ed arrivare per via di sforzi proprii o di sussidï a percorrere gli studii, è consentito di darsi all'insegnamento. A poche privilegiate son riservati i posti alti d'insegnamento negl'istituti normali e negli educandati e collegî signorili, a tutte le altre non resta che l'insegnamento elementare. Ma che vita! Quali umiliazioni, quali stenti e spesso quali persecuzioni! Qualche volta per salvare l'onore insidiato dalla satiriasi di Provveditori agli studi, di ispettori o direttori scolastici e assessori comunali, bisogna far fagotto e abbandonare il posto.

Ora sono adibite le donne in impieghi, dove si richiede pazienza ch'esse hanno maggiore dell'uomo (telegrafia); ma é loro proibito di passare a matrimonio.

Possono poi quelle che si sentono la vocazione far le levatrici, le ostetriche. Ma parecchie di queste sdrucciolano facilmente in degradanti, e più ancora in delittuose occupazioni.

Le professioni libere: medicina, avvocatura, ingegneria; tutti gl'impieghi dell'amministrazione dello Stato, sono interdetti alle donne.

Resta adunque dimostrato che le donne sono in massima parte, o sprovviste affatto, o poco provviste di mezzi di sussistenza; e perciò in condizioni non favorevoli per essere maritabili.

Queste considerazioni poi sono aggravate dal fatto che

anche per l' uomo i mezzi per campare la vita sono molto depressi, e questi è obbligato a sfuggire al matrimonio ad ogni costo.

Gli economisti possono spiegare meglio di me le ragioni dell' aumento progressivo, spaventevole dei proletarî, il disagio sempre crescente delle masse, la difficoltà incalzante di sopperire alle necessità della vita vegetativa; (dei gusti letterarii e artistici, del bisogno di svaghi e di divertimenti non è a parlarne che per una minoranza privilegiata) di contro all' ammassarsi della ricchezza in mano di pochi.

Da simile stato di cose è venuta su una morale occasionale, che chiamasi anche opportunista, a rendere lecito ogni mezzo illecito di guadagno.

Come gli uomini si son dati alla caccia dell' *affare*, d'onde è sorta quella classe di esseri senza scrupoli e senza coscienza, detti *affaristi*; così le donne che dalle pubbliche e private amministrazioni sono escluse, mettendo da parte il pudore, si son buttate nei traffichi permessi dalle loro *risorse naturali*.

Quelle infelici che vogliono serbarsi oneste « vivono povere, misere, increscione a sè e agli altri, avvilite dalla coscienza della propria inutilità, impotenti a procurare una gioia alla loro gioventù, a guadagnarsi il necessario pane quatidiano, ad assicurarsi il sostentamento per la vecchiaia » (N o r d a u).

Esse sono condannate a rinunziare alla femminilità, destinate a decidersi fra un' esistenza infruttifera e il disonore, fra una solitudine piena di amarezze e illegittime unioni coperte di vergogna, tra una verginità che volge cogli anni al ridicolo e una maternità senza sicurezza e senza orgoglio.

Chi in questo bivio perenne arriva a salvare il suo pudore o è una sciocca, o è una santa!

*(continua)*

**Manicomio Provinciale di Milano**

# Valore semiologico delle idee di auto-accusa

NELLA

## DEMENZA PARALITICA E NELLA PARANOIA PRIMITIVA

DEL

Dott. Errico Rossi

Le idee di umiltà e di avvilimento personale, di colpa e di rimorso comprendono di sovente la coscienza del povero pazzo.

Egli acquista un concetto bassissimo di sè medesimo, la sua personalità gli appare moralmente impicciolita, con predominanza di incapacità fisica, morale, intellettuale: egli si crede il più miserabile dei mortali, indegno di vivere, di respirare, di mangiare, bere e vestire panni, di vedere la luce del sole; egli è divenuto l'obbrobrio della famiglia, un soggetto di orrore pel genere umano, un essere fuori delle leggi naturali: egli é funestato da immagini svariate di colpe commesse, da errori irremediabili, da mancamenti.

Un tale gruppo di idee umilianti, di *auto-accusa*, dà origine ad atti e parole che esprimono sommessione, mortificazione, ossequiosità spesso ostentata ed eccessiva: in altri casi tali concezioni deliranti generano nella coscienza doloroso un sentimento di rammarico, fino alla disperazione. Esse a volte riguardano falli o man-

camenti immaginari puramente affettivi, di famiglia, società; altra volta, invece, doveri morali e religiosi.

Non sempre, però, come giustamente afferma l' illustre Morselli, i malati circoscrivono la loro peccaminosità e delinquenza in maniera logica e ben determinata; mentre le idee morbose di reità e di rimorso, come di colpevolezza, indicano chiaramente che si tratta di un puro abuso di simbolismo verbale (1).

I.

Dalla maggioranza dei psichiatri la presenza delle idee di *auto-accusa* è considerata caratteristica della melanconia delirante, come se queste stesse concezioni deliranti non potessero riscontrarsi in circostanze ben differenti, accompagnate o no con disturbi emozionali ed ansia; ed in diverse forme mentali.

Dall' altra parte il delirio melanconico ha dei caratteri spiccatissimi, indipendenti fra loro, non appartenenti che alla malinconia delirante, sia essa o no esteriorata con idee di umiltà, incapacità, avvilimento dei proprî atti, ecc. ecc.

Non basta: c' è forse bisogno, per un razionale diagnostico, determinare soltanto una data varietà delirante, trascurando la evoluzione stessa della malattia, l'insieme dei segni morbosi, i loro reciproci rapporti e le intime manifestazioni fisiologiche e cliniche? Soltanto lo studio analitico di diagnostica semiologica, fatto con giusto criterio, potrà svelarci se uno speciale delirio di *auto-accusa* appartenga alla melanconia, piuttosto che

(1) Morselli — Manuale di Semeiotica delle malattie mentali. Volume II. 96.

alla paranoia primitiva, o ad altra forma morbosa mentale di natura organica, oppure funzionale.

Mi occuperò del delirio di *auto-accusa* nella demenza paralitica e nella paranoia primitiva, poichè studiarlo nelle svariate forme mentali sarebbe compito arduo, azzardato; e nelle affermazioni e conclusioni quindi si riuscirebbe incompletamente, abbisognando ogni forma morbosa mentale, con delirio di *auto-accusa*, di uno speciale studio clinico, il quale tanto riuscirà più esatto e completo se confortato con esempî molteplici, riferentisi ad una stessa forma mentale.

In genere, possiam dire che il delirio di auto-accusa è connaturato con le stesse forme morbose della psiche, delle quali porta la impronta del carattere, il colorito.

***

I. Caso clinico — A. C. di Milano fu accolto in questo Manicomio il dì 26 ottobre 1895.

Niente degno di nota nel gentilizio.

Lavoratore intelligente, in qualità di Segretario era impiegato presso la Casa Editrice Vallardi in Milano.

Da tempo si mostrava irritabile, minuzioso in tutto, qualche volta era emotivo. Manifestò di poi disturbi sensoriali, ed idee deliranti. Affermava di sovente essere un cattivo impiegato, aver rovinato gli affari della sua Casa; era inquieto e molto preoccupato.

Nei primordî del suo ingresso in Manicomio, il paziente manifestava mutismo vesanico intenso, rifiutò più tardi cibi e bevande, di notte era insonne e si dimenava continuamente nel letto. Verso la metà del mese di marzo '95 cominciarono in lui a manifestarsi gravi sintomi di eccitamento psichico, con idee confuse di persecuzione ed *auto-accusa*. Il paziente « era disprezzato ed avvilito da tutti, perchè causa di calamità e sven-

ture in famiglia: il suo avvenire era perduto per sempre ». Chiedeva il C. perdono a tutto il mondo, poichè si considerava « uomo senza onore, miserabile, assassino ».

Un tale stato di angoscia e di ansia, durò circa due giornate, seguito da uno stato psichico di relativo benessere. Il paziente, benché alquanto confuso, sapeva richiamare alla memoria il suo pregresso delirio, che si imponeva alla sua volontà, costringendo il malato a subirlo positivamente. Più tardi, mantenendosi sempre in uno stato di relativa calma, il paziente si sfogava a scrivere lettere agli amici per una sua pubblicazione importantissima, la quale gli avrebbe fruttato tesori ed onori.

Il 28 aprile cominciò novellamente a manifestarsi inquieto, con idee di *auto-accusa* esageratissime. La sua fisonomia, le sue parole, i suoi atti derivavano ad evidenza da una coscienza abbattuta, travagliata, depressa, indeterminata, perché senza motivo. Alle domande il C. non rispondeva, o in maniera imbarazzata e sospettosa: le frasi non erano terminate, nè le idee venivano tradotte o manifestate allo esterno con forma facile e chiara. Il loro contenuto era vagamente di colpabilità e di miserabilità. Il paziente diceva: « Sono un assassino, poichè ho ridotto sul lastrico la povera mia famiglia: io merito la maledizione dal cielo ».

Di tempo in tempo era preso da stati di eccitamento tale, fino a raggiungere l'acme del furore. Di notte cercava alzarsi di letto, parlava di viaggi e di future visite; poi bestemmiava, malediceva, gridava forte, cercava far del male. Forte chiamava gl'infermieri, credendoli tutti suoi servi, e guai se alcuno avesse mancato all'appello.

Così tra stati di depressione mentale e di eccitamento, la personalità psichica e fisica dell'infermo andò gradatamente aggravandosi.

Attualmente l' A. non sa affatto dare spiegazione delle false concezioni ideative, delle quali tanto è inquinato il suo cervello: quelle ripete sempre monotonamente ed automaticamente. A volta diventa agitato, sitofobo ed impulsivo. Involontariamente perde feci ed orine.

Le idee di *auto-accusa* sono andate attenuandosi in confronto alle concezioni deliranti persecutorie, fastose, ed ipocondriache.

Fisicamente accusa intenso mal di capo.

Fra i disturbi oculo-pupillari esiste paresi dei riflessi dell' iride, ineguaglianza pupillare, tremore accentuato della lingua e delle labbra; le parole non sono nettamente articolate.

L' esame dell' orina riuscì sempre negativo.

I sentimenti affettivi sono passivi, la volontà incerta.

L' A. è affatto indifferente a tutto. Vittima e scherno di quelli che lo circondano « siccome ( si dichiara da sè stesso ) vigliacco ed assassino »; di botto si eleva al grado di re, imperatore, padrone di dodici cieli, di miliardi, di eserciti, ecc. ecc.

Ora piange e si dispera, inveisce e maledice; più tardi ride, declama, canta per gioia insensata.

Deambulazione incerta e stentata. I riflessi del V e s t p h a l sono manifesti, non esiste clono del piede.

Sensibilità generale diminuita, sensi specifici subnormali.

Il paziente è denutrito, generalmente insonne, sudicio; non offre lesioni degli organi toracici ed addominali.

∴

Dai sintomi generali più sopra descritti, specie dello stato intellettuale dell' A., della sensibilità, degli atti; e dai caratteristici disturbi fisici; la diagnosi di paralisì progressiva sorge spontanea. Ma, quel che a noi più

importa, è la determinazione della natura delle idee deliranti: le quali, sorte nella mente del nostro paziente, si manifestarono più tardi sotto forma umile di miserabilità, persecuzione; ed a volta con gaiezza d' animo e successioni di ricchezze, mondi, cieli, comandi supremi, ecc. ecc.

Ecco subito in A. un insieme di idee deliranti multiple, mobili, non motivate, contraditttorie.

La molteplicità delirante del nostro paziente deriva in particolar modo, dall' attitudine intellettuale che egli possiede nel creare, senza cessa, novelli delirî, mobili ed assurdi.

Nell' A., nei primordi del suo ingresso in Manicomio, esisteva specialmente un gran numero di idee depressive: erano idee di *auto-accusa*, di umiltà, di incapacità, persecuzione; le quali, ad una superficiale osservazione, sarebbero apparse idee fisse, persistenti.

Tali idee, manifestate dal paziente automaticamente, più tardi si associarono per essere poi rimpiazzate da concezioni deliranti, le quali, germogliando nel cervello del povero A.; gli sfilarono dalla mente, senza lasciar traccia del loro passaggio.

Ed intanto il nostro paziente da vittima disperata, avvilita, degno di ogni scherno, a sua insaputa, diventò un grand' uomo, un padrone del mondo.

Alcuni autori osservarono che nei paralitici, qualche volta, non mancò la traduzione delle loro concezioni deliranti. Noi pensiamo invece che nei paralitici, se non mancano tentativi di esplicazione delle loro idee, questi tentativi, per la maggior parte, riescono incompleti ed imperfetti.

Il nostro paziente non si affaticava intorno alla esatta determinazione delle sue colpe, ed interrogato delle proprie dichiarazioni di colpa, di incapacità; manifestava, senza convinzione, la prima idea che in quel mo-

mento insorgeva nella sua mente; talchè l' ultima traduzione che l' A. attribuiva alla sua auto-accusa variava sempre dalla precedente.

Il paziente non si turbava menomamente, nè della verità, nè della possibilità dei fatti che raccontava, i quali, bene o male, insorgendo nella sua mente dopo uno stimolo; erano momentaneamente ripetuti, e per essi il paziente non aveva bisogno di motivazione, di conciliazione o comparazione con la realtà.

In breve tanto le idee di *auto-accusa*, come le altre concezioni deliranti conservavano nell'A. un carattere uniforme, distinto nella sua assurdità e monotonia. Le concezioni deliranti tutte senza base e senza motivo erano tradotte con leggerezza, mancanza di convinzione, ed in maniera provvisoria.

*
* *

Indicai, benchè sommariamente, i caratteri direi quasi determinativi delle idee deliranti dei paralitici, ed in ispecial modo del delirio di auto-accusa. Di esse la mobilità, l' assurdità, la contradizione non costituiscono assolutamente una prova di esistenza della paralisi progressiva; poichè in certi delirî tossici, come nel delirio alcoolico, si possono riscontrare eguali caratteri. Esistono poi dei casi, nei quali l'affezione inizia con uno stato prolungato di melanconia delirante, ed assenza completa dei segni patognomonici della demenza paralitica, fisici specialmente, i quali si possono manifestare solo più tardi.

In simili incontri le abitudini dei pazienti fanno eliminare in noi una novella ipotesi, quella cioè di un delirio depressivo tossico; il quale, naturalmente, dovrebbe essere basato e confermato dall' apparire suo rapido, dal suo complesso sintomatico, dalla stessa sua natura

allucinatoria, con confusione delle idee ed ansietà.

D'altra parte i segni sopra notati potrebbero in noi risvegliare l'idea di una di quelle forme vesaniche, a decorso più o meno rapido e remittente, che i tedeschi appellano paranoia acuta, od altrimenti *delirio sistematizzato depressivo* (depressiver Wahnsinn del Kraepelin), molto somigliante alla melanconia delirante.

Anche in simili casi l'attuale osservazione ci metterà sulla retta via, specialmente se indaghiamo i precedenti ereditari e personali dell'infermo, senza trascurare i segni di nativa od acquisita invalidità cerebrale, terreno adatto alla evoluzione del delirio sistematizzato depressivo.

In quest'ultima forma il delirio è per lo più a sviluppo rapido, nè costituisce una interpretazione di disturbi emozionali primitivi; per tacere di altri tratti caratteristici della paranoia.

Ma, prescindendo dalle particolarità cliniche anzi notate, in certe speciali forme di paralisi progressiva i disturbi deliranti, per quanto somiglianti ai delirii melanconici; portano una impronta caratteristica di monotonia, di inquietudine, di *auto-accusa*, vaga, incerta, assurda, contradittoria; e lo stato stesso depressivo, col quale si inizia la demenza paralitica, corto o prolungato che sia, non costituisce uno stato a sè, indipendente dal terreno, dal quale trae vita e crescenza fiacca e variabile; stato il quale, con veste di mestizia, viene estrinsecato con un'*auto-accusa* non bene determinata, non sentita, e quindi assurda. I pazienti, invasi da vaga tristezza, mentre si accusano *immorali*, *vigliacchi*, parlano della loro *futura incoronazione*, di acquisti di palazzi, caserme, ecc. ecc.

Mi permetto, a tal proposito, riportare una osservazione, la quale meglio varrà a tradurre le mie idee finora esposte.

⁂

II Caso clinico — W. E. professore di letteratura, di anni 56, vedovo, entrò la prima volta in Manicomio il dí 21 ottobre del 1895. Pochi giorni innanzi era accolto d' urgenza nel comparto deliranti dell' Ospedale Maggiore di Milano, poiché aveva dato segni di abnormità di mente sulle pubbliche vie della città.

I precedenti ereditari ci sono affatto ignoti: in quanto poi a quelli personali sappiamo che il paziente si dimostrò sempre di una attività fenomenale. Esaltato piuttosto, intelligente e di vasta coltura, ebbe principii politici avanzatissimi. Ebbe sentimenti generosi fino alla prodigalità! Si distinse molto negli studi universitari, e con facilità apprese a parlare il tedesco, l' inglese, il francese; scriveva bene in latino ed in greco.

La morte della sua giovane sposa lo afflisse profondamente, e la sua psiche, scossa per tanta sventura, ricevè l' ultimo colpo, quando, morto il padre ancora del W., questi, con scarsissimi mezzi, dovè provvedere alla vita dell' intera famiglia.

Il povero W. colpito da tanta sciagura, si consacrò tutto allo studio, intraprese traduzioni di opere straniere, diresse un giornale letterario, occupandosi nel tempo stesso a dare in propria casa ripetizioni agli scolari.

Tanta attività, lotta, inquietudine, durata parecchi anni, a poco a poco iniziò un lavoro di demolizione, di sfacelo nell' organismo del paziente, il quale, fino dall' agosto del 95, cominciò a lamentarsi di dolor di capo, disturbi gastrici, cattive digestioni. Diventò più tardi di umore triste, con desiderio di morte; cominciò a manifestare idee confuse malamente associate. Lo stato di depressione, tristezza, scoraggiamento, incapacità, an-

dò sempre accentuandosi, fino a ridurre il W. pazzo in Manicomio.

Non ci costa che abbia avuto malattie veneree o sifilitiche: non fu bevitore.

Il W. di statura alta, al suo ingresso in Manicomio (21 ottobre 1895), si presentò in discreto stato di nutrizione. Di umore intensamente triste, era spesso emotivo.

Verso i primi giorni del mese di novembre manifestò abnormità sensoriali, idee deliranti ed ansietà.

Ripeteva di sovente essere un vile, un soggetto da galera, un miserabile indegno della vita. Nelle ore di pranzo e cena si rifiutava spesso di prender cibo, perchè affermava, con dolore, di non poterlo pagare.

Per circa dieci giorni si conservò con fenomeni deliranti di colpabilità, auto-accusa; era emotivo, inquieto, insonne. Mancavano affatto disturbi fisici: le parole erano nettamente articolate, i fori pupillari egualmente e normalmente ampi, con riflesso poco manifesto; non esisteva tremore della lingua o delle labbra. L'andatura apparentemente normale.

Verso la seconda quindicina di novembre il paziente si fece più calmo, manifestando però uno stato di abbattimento, spossatezza generale, debolezza mentale, con profonda e difficoltata traduzione esterna di pensieri, incapacità di fissare l'attenzione, smemoratezza.

Negli ultimi giorni di novembre il W. fu molestato da un nuovo accesso di ansia. Novellamente si fece inquieto, eccitato, minaccioso. Di notte non dormiva affatto, e, con voce rotta dal pianto, domandava a tutti perdono delle cattive azioni commesse. Egli aveva « rovinato l'avvenire della sua famiglia, del suo paese; era un indegno figlio d'Italia. Ammazzatemi, gridava, voglio morire: datemi un'arme e mi ucciderò ».

Con alternative di relativa calma ed accessi di tristezza delirante, si giunse alla fine del mese di dicem-

bre. In quest'epoca il paziente era diventato un appassionato calmo, e le manifestazioni stesse deliranti non assunsero, come per lo innanzi, intonazione drammatica. Il paziente era diventato una vittima tranquilla: non rinnegava, non malediceva la sua persona; e si accusava soltanto perchè « era un vile ». La psiche era in continua decadenza, con confusione mentale ed idee deliranti strane, non determinate e contradittorie di auto-accusa, persecuzione, ipocondriache, fastose. E mentre il W. si dichiarava vile, assassino, indegno, ragionava di politica, domandava con suppliche udienze reali, si dichiarava principe ereditario. Nel tempo stesso facevano capolino nel suo cervello idee di orgoglio, tracciava e definiva riforme costituzionali, finanziarie, amministrative, militari. Si proclamava « genio della guerra, poeta sommo e divino, giureconsulto, tragico »: comandava, declamava, perorava, piangeva e rideva.

La confusione delle idee, l' assurdità di esse, il loro contenuto contradittorio si accentrarono sempre più, entrando in iscena nuovi fenomeni, e cioè disuguaglianza pupillare, tremore della lingua e delle labbra, parola scandita.

Si aggiunsero più tardi paresi e tremori degli arti inferiori, diminuzione dei riflessi in genere, andatura incerta e barcollante.

*18 Dicembre 1895* — Il paziente da parecchi giorni si trova in letto perchè non buono a reggersi. È deperito, manifesta tremore delle labbra, difficoltà di articolar le parole. La pupilla sinistra si presenta più dilatata della destra, con stentata reazione dell' iride, tanto alla luce tangenziale, quanto a quella riflessa. La memoria intensamente affievolita, la intelligenza ottusa, ideazione incerta e confusa. La sensibilità generale é diminuita.

Salvo poche varianti, tale stato fisico e mentale si conservò fino al luglio del 96.

*14 Luglio 96.* — Il paziente non si alza di letto da parecchi mesi, é assai confuso, parla poco e alle domande risponde con suoni insignificanti. Il respiro è piuttosto frequente, il polso in istato febbrile, come pure la temperatura del corpo.

*19 Luglio 1896.* — Il paziente riposa sul dorso, è piuttosto calmo. La reazione generale cutanea è quasi passiva agli stimoli esterni. Esiste nel paziente paresi vescicale e decubito diffuso al sacro ed ai gran trocanteri. Stato di nutrizione scadente.

*22 Luglio 1896* — Intelligenza quasi spenta, prostrazione generale fisica.

*28 Luglio 1896.* — Da parecchi giorni il paziente non riceve cibo; si conserva affatto soporoso.

La morte avvenne, in seguito a marasma generale dell'organismo, il dì 10 agosto 1896.

*Autopsia* — Nello incidere la dura madre, la quale si presentò normale, fuoriuscì una notevole quantità di liquido sieroso sanguinolente. Le meningi sottili erano opacate ed inspessite in tutta la superficie superiore dei due emisferi; meno alla base del cervello. La pia madre si distaccava con difficoltà dalla faccia superiore del cervelletto, e più particolarmente in corrispondenza delle circonvoluzioni frontali, tanto a destra, che a sinistra. Le circonvoluzioni, in genere, erano ridotte di volume ed appiattite. La corteccia cerebrale presentava un colorito rosso assai pallido; la sostanza bianca era resistente ed esangue.

I ventricoli laterali ed il terzo ventricolo contenevano scarsa quantità di liquido sieroso.

Gli uretri e la vescica erano dilatati ed infiammati;

contenenti un liquido giallo-sporco, composto di orina, sangue e pus.

Stomaco ed intestini vuoti ed atrofici.

Fegato ridotto di volume.

Organi toracici normali.

*
* *

Dalla semplice storia, senza sforzo nessuno, riconosciamo nei disturbi psichici del W. una diminuzione progressiva di tutta quanta la funzionalita intellettuale, fino ai gradi estremi della demenza apatica.

Sopra un siffatto fondo demenziale, assistiamo dapprima alla insorgenza di un quadro morboso depressivo, melauconico; il quale precedè i fenomeni di eccitamento. Quest' ultimo fatto è stato notato ancora dal Bayle e Calmeil.

Il nostro paziente, infatti, nei primordii del suo ingresso in Manicomio, era triste, emotivo, ansioso; con concezioni deliranti di auto-accusa. Lo stato melanconico consisteva in una prostrazione fisica e morale, accompagnata con idee di miserabilità, incapacità, tedio della vita. Un tale stato, come si disse, duró qualche settimana, con assenza, almeno in apparenza, di disturbi motori. Il W. senza manifestare abnormità nella deambulazione; nè tremori degli arti rimaneva volentieri seduto o sdraiato sul letto, era indeciso al compimento di un atto qualunque, mentre, compreso da dolore melancolico, manifestava idee di persecuzione, di auto—accusa, ipocondriache, di morte ed incapacità.

Gradatamente, a tanta fiacchezza fisica e morale, seguì uno stato affatto opposto di esagerato. sentimento della personalità, scialbo ed assurdo. Tutto si era modificato nel paziente, carattere, condotta, maniera di vivere; progressivamento egli aveva acquistato nu ca-

rattere espansivo, con ricorrenti accessi di delirio maniaco pronunziato, ed idee di grandezza contradditorie: si era fatto più violento, più irritabile; nè sopportava ordini, e con le persone che lo circondavano, spesso fu impulsivo.

In questo periodo i disturbi fisici comparvero, dapprima con tremolio delle labbra e parola scandita, più tardi con abnormità pupillari, riflessi in genere poco manifesti, tremori diffusi agli arti, difficoltà nella deambulazione, fino alla passività quasi completa degli organi del movimento.

Intanto lo stato della intelligenza, della sensibilità, della volontà, degli atti era ridotto al minimo. Il W. non parlava, non guardava, non si moveva. I fenomeni paralitici aumentarono sempre più; e tutto l' organismo, esaurito fisicamente e psichicamente, perdeva ogni sua attività colla morte di tutti i tessuti.

.:.

Dai quadri finora descritti, appare evidente la natura del delirio di *auto—accusa* nei dementi paralitici. In essi, come nei paranoici e nei melanconici deliranti, il movente primo della subbiettiva incapacità, miserabilità, nullità, è il supremo disgusto di ogni intima loro azione; e quindi la derivazione della rinnegazione dei loro atti, la indifferenza ed il disgusto verso sè stessi. « Sono inutile al mondo, dice il paziente, e voglio morire ». Questo giudizio scialbo, perchè involontario, assurdo, non sentito; a differenza delle manifestazioni paranoiche e melanconiche vere, sta ad indicarci una intelligenza turbata, che malamente si adatta nell' ambiente esterno, una intelligenza nella quale la consunzione del discernimento, dell' assimilazione, della eliminazione di ogni concetto strano va continuamen-

te affievolendosi; una intelligenza, la cui azione si rivela e inefficace affatto sulla prosperità individuale e sul civile progresso della umanità.

Tanta sterilità mentale, fatto sopravvenuto di decadenza, che seguì, probabilmente, come il W. all' eccesso di cultura e di lavoro; costituita inoltre da elementi anatomici che incarnavano in sè stessi una legge ed una forma direttrice della loro stupida, invadente, regressiva evoluzione; non potè generare altro che un vero e proprio idiotismo psichico.

Nei paralitici, infatti, fa difetto la lunga e volontaria attenzione, la facoltà di astrarre e generalizzare: tutti gli atti cerebrali che risentono dell' emozione hanno una lentezza estrema e progressiva.

Lo sforzo, l' entusiasmo, il sagrifizio, l' abnegazione, la lotta, rappresentano in essi un edifizio in via di demolizione, di sfasciamento. Formano una valanga di moribondi per sottile ed insidioso morbo dell' intelletto della volontà, dei sentimenti e della materia che li informa.

Quando l' aver troppo vissuto (cioè o l'aver vissuto assai tempo o l' aver vissuto con assai attività) ha prodotto esaurimento del fondo di giovinezza; quando le proprie facoltà di resistenza si sono scialacquate; quando l' organismo è o naturalmente frollo, floscio, fiacco, o è spossato, stanco, esausto; allora si prova col fatto, che i fenomeni della sensibilità non sono in fondo che fenomeni di attività, e la stessa vita intellettuale non altro che derivazione fisiologica ed anatomica dello aggruppamento, forma e disposizione cellulare.

Questa mia ultima ipotesi è avvalorata sempre più da un recente lavoro di Ramon y Cajal riguardante « Algunas conjecturas sobre el meccanismo anatomico de la ideacion, associatiòn y atenciòn (1) ».

---

(1) Cajal. Rivista de Med. y Cirurgia practicas. Madrid, 1895.

Quando é logora, tarlata, rovinata la base anatomica e fisiologica della mente; essa si accascia, ed ogni ideazione, delirante o no, triste o di auto-accusa, si manifesta, fin dal suo primo svolgimento, rachitica, malaticcia, linfatica, e quindi fiacca nella estrinsecazione, assurda, monotona: e poichè riposa sopra un fondo demenziale di malattia, il delirio stesso diventa più tardi assurdo, mobile, contradditorio, diffuso, incoerente.

Tali i caratteri speciali del delirio paralitico e di *auto-accusa* in ispecie; delirio del quale credei opportuno rilevarne i dettagli, non soltanto per portare un contributo alla descrizione più esatta della paralisi progressiva; ma sopratutto perchè è un segno molto importante, il quale, apprezzato con criterio, potrà riuscirci di utilità, e per la diagnosi, e per la prognosi della grave forma mentale, allorchè i sintomi fisici della paralisi non si sono ancora manifestati.

Con ciò non intendo negare importanza alle abnormità motorie, quali, principalmente, i disturbi della loquela, tanto caratteristici nei paralitici. Ma, avuto riguardo alla grave difficoltà con cui si trovano riuniti, specie nei primordii della malattia, i segni psichici e fisici, per la ritardata comparsa di quest'ultimi; la esatta e completa determinazione dei caratteri delle concezioni deliranti di *auto-accusa*, non ci farà perder tempo anche per una cura efficace e razionale dell'infermo.

Nei dementi paralitici, con stati depressivi ed idee deliranti di *auto-accusa*, quelli e queste furono, come nei nostri casi, osservati sempre in principio della malattia. I pazienti dapprima, diventarono tristi, con prostrazione fisica e morale, stanchezza muscolare, indecisione nel compimento di un atto qualunque, marcate tendenze ipocondriache, desiderio di morte, idee di incapacità, di *auto-accusa*, di colpabilità. In questo periodo i disturbi fisici, quali quelli della loquela, i tremori degli

arti, le abnormità pupillari, sogliono mancare generalmente; mentre lo stato di depressione melanconica è quello che colpisce soltanto la nostra attenzione. Esso può essere di breve durata, o prolungarsi; in tutti i casi scompare gradatamente, iniziandosi nel paziente più tardi un esagerato benessere ed una attività eccessiva.

Talvolta l' eccitazione cerebrale arriva al grado di eccitamento maniaco, con predominio di concezioni deliranti varie, specialmente fastose.

Tali stati sembrano una contradizione in cervelli in progressivo sfacelo: ma non è così. Nei dementi paralitici, a mio avviso, le energie psichiche e fisiche sono tutte in stato di atrofia, e tutte subiscono in tempo diverso e con varia intensità uno stimolo. La mutabilità estrinsecativa ha luogo quando, distrutta una cellula in via di involuzione, un'altra ne piglia il posto, ed a poco a poco la prevalenza. Ma il periodo depressivo e di distruzione comprende ben presto ancora questo secondo elemento cerebrale, nel quale, rinnovandosi una forza inferiore a quella che disperde, dopo lo stimolo; fatalmente è condannato a perire.

Questo mio concetto psicologico mi sembra una deduzione naturale dai caratteri stessi di tutte le concezioni deliranti dei paralitici, nei quali le idee di grandezza, pari a quelle di *auto-accusa*; sono mobili, senza base, senza motivo, affatto dissociate fra loro, mal sostenute, ed esplicate in una maniera indecisa e provvisoria.

∴

Come dalle precedenti osservazioni, nella frenosi paralitica precede, generalmente, uno stato depressivo, melanconico, con idee deliranti di auto-accusa caratteri-

stiche. In questo primo periodo della malattia mentre l'affievolimento intellettuale, se non conclamato, si manifesta chiaro; le abnormità motorio-fisiche non sono ancora comparse.

Un tale stato, variabile in durata, è seguito da vera agitazione maniaca, motoria, e da una pluralità ideativa delirante, caotica, a contenuto fastoso.

Questa mia affermazione sembra in contradizione colle osservazioni e le conclusioni di Baillarger (1), Lumier (2), Brierre de Boismont (3), Sandras (4), Duchenne de Boulogne (5).

Senza infirmare le osservazioni cliniche di si illustri scienziati, noi stimiamo piuttosto e riteniamo che le alterazioni della intelligenza e del carattere nella paralisi progressiva, il disordine mentale e l'affievolimento di essa sono i primi a comparire nel quadro morboso, ed immancabili. Anche in quei casi nei quali la intelligenza sembra affatto integra, l'esame attento e ripetuto dei malati ci svela una psiche in decadenza, se non manifesta, un lavoro di demolizione lento ed inevitabile.

*
* *

Benché eccezionalmente, esistono tuttavia dei casi di demenza paralitica nei quali lo stato così detto debole, depressivo, melanconico della psiche si protrae, ed in

---

(1) Baillarger. Gazz, des hôpitaux, 1846.

(1) Baillarger. Notes et leçons sur la paralysie générale. Ann. Med. psych. 1853.

(2) Lumier. Recherches sur la paralysie générale progressive. Ann. méd. psychol., 1846.

(3) Brierre de Boismont. Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives. Ann. méd. p., 1851.

(4) Sandras. Bulletin de thérapeutique, 1848, et Union médicale 1850 e 1851.

(5) Duchenne de Boulogne. De l'electrisation localisée. Paris, 1855.

alcuni infermi inquadra e accompagna il progressivo sfacelo fisico e psichico della mente.

Mi piace descrivere due importanti osservazioni, nelle quali le concezioni deliranti fastose non comparvero nei pazienti, mentre le idee di *auto-accusa*, informando tutta la loro personalità ideativa, si manifestarono ad intermittenza.

III.° Caso clinico — Z. A. di anni 35, di professione commesso viaggiatore, coniugato, con figli, fu accolto in questo Manicomio il dì 8 del mese di giugno del 1895.

Il padre del paziente morì in seguito ad apoplessia.

Il Z., nato a Rivolta Milanese, manifestó fin 'da giovanetto un carattere strano ed eccentrico. A 24 anni prese moglie, abbandonandosi ad eccessi sessuali superiori alle sue forze. Per eccitarsi ricorreva spesso a liquori stimolanti. Anche fuori di casa, nelle sue peregrinazioni quale commesso di commercio, soleva abbandonarsi alla Venere ed alle bevande alcooliche. Fumatore instancabile, soffriva con frequenza di insonnia e cefalea. Trascurò a poco a poco i suoi affari; divenendo distratto in modo assai esagerato, con perdita di memoria, emotività e debolezza irritabile.

Nel marzo del 95 le abnormità di mente si accentuarono sempre più, ed il paziente si dimostrava cupo, taciturno, smodato negli eccessi venerei. In casa il Z. non dava tregua a nessuno, girava su e giù, rompeva qualunque oggetto gli capitava in mano; era diventato irruente, minaccioso, specie verso la propria moglie, che accusava di trascuranza ai doveri coniugali. Sempre inquieto, gridava spesso agli assassini, i quali, di comune accordo con la moglie, sperperavano e devastavano ogni suo avere, ed ordivano congiure contro di lui.

A tale stato di agitazione triste, misto con concezio-

ni deliranti di indole persecutoria, seguì uno stato di ansia. Il paziente si disperava, imprecava, piangeva invocava dolorosamente la memoria della madre morta, della quale si dichiarava figliuolo indegno.

All'ammissione in Manicomio il malato si dimostrava profondamente turbato nella psiche. Di notte dormiva pochissimo, e di tratto in tratto emetteva grida di disperazione e di dolore, si dichiarava colpevole di tutto, chiedeva a tutti perdono perchè « un povero figliuolo ».

Fisicamente presentava una respirazione piuttosto frequente (29 a 30 resp. al minuto), pulsazioni dai 90 ai 95, accusava forte cefalea. La deambulazione era incerta ma non traballante, la lingua tremula. Il volto aveva acceso, con dilatazione dei capillari dorsali del naso, e della faccia.

Verso la fine del luglio del 95, persistendo sempre la debolezza generale psichica, ed i disturbi motori, specie degli arti inferiori; le idee deliranti tristi di colpabilità, di auto-accusa, si andarono attenuando, fin quasi alla completa scomparsa.

Nell'ottobre il paziente colpito da intensi fenomeni congestivi, rimase stuporoso ed insensato per circa due settimane. Era confuso, con profondo caotismo ideativo, percezioni affatto passive, ottusa sensibilità, difficoltà di prendere cibo. Di tanto in tanto emetteva suoni indistinti, parole insignificanti, frasi sconnesse. Manifestò tendenze a lacerare, divenne sudicio. Intanto la paralisi di moto ed i disturbi della loquela procedevano a galoppo; ed al tremore della lingua si aggiunse quello dei muscoli mimici della faccia.

Nella seconda quindicina circa del mese di Novembre, cominciò a rimettersi e riordinarsi alquanto nella psiche, poichè aveva discreta cognizione del proprio stato, ricordava con affetto la famiglia, non era più sudìcio.

Seguitò in tal modo fino a tutto dicembre. Nei pri-

mi giorni del gennaio 96 si rinnovò in modo grave lo stato triste di melancolia, con idee deliranti di *auto-accusa*. Queste ultime avevano un carattere assurdo, demente; chè il paziente, come per lo innanzi si accusava di colpe e mancanze non commesse, sentiva in sè la nullità e la incapacità, desiderava morire.

Anche questa volta le idee deliranti di *auto-accusa* si andarono gradatamente attenuando, conservandosi però la psiche in uno stato continuo di apatia, incertezza, per volizioni indistinte, appercezioni passive, e grave confusione di mente.

Questo stato, iniziatosi nel Gennaio, si protrasse fino a quasi tutto il mese di febbraio. Il paziente generalmente rimaneva in letto per quasi completa paralisi degli arti inferiori: i disturbi della loquela erano accentuatissimi, per la incertezza e debolezza dei movimenti mimici, l' intenso tremore delle labbra e della lingua, la debolezza dei muscoli fonici della laringe. La deglutizione era difficoltata ed i segni della incipiente paralisi vescicale si facevano risentire per l' eccessivo sforzo del paziente nell' emettere un po' di orina.

Nel Marzo del 96 le forze dello infermo erano progressivamente andate stremandosi, fino all' assoluta immobilità.

Il dì 18 Aprile si fece alquanto eccitato, con agitazione motoria, incosciente, di tutto il corpo. Tale agitazione consisteva in movimenti disordinati e continui degli arti superiori ed inferiori. I movimenti dei primi automaticamente il paziente coordinava, come se ricercasse sopra il letto qualcosa. Il capo moveva in alto, in basso e lateralmente; esisteva digrignamento dei denti e nistagmo.

Il 24 Aprile divenne agitatissimo, con grave stato di ansia ed emotività. Si lamentava, benchè confusamente a causa del disturbo della loquela, di non avere

più forze, di essere « un povero figliuolo » e di aver tradita la famiglia.

Ma la decadenza psichica a quest'epoca era avanzata, e le concezioni deliranti di auto-accusa del Z., concezioni che ripeteva monotonamente anche di notte; avevano un tono vago, d'incertezza, simile ai motti di chi parla sognando.

Nel Maggio i disturbi della loquela raggiunsero un tale grado di intensità, da non permettere al paziente la articolazione di parole le più semplici. Negli arti superiori seguitavano movimenti disordinati. Esisteva disuguaglianza pupillare (midriasi a sinistra).

Il polso era notevolmente rallentato, le estremità quasi sempre fredde e cianotiche. Esisteva vasto decubito al sacro, e pronunziato stato di atrofia di tutti i muscoli dello scheletro.

Nei primi dì di giugno si aggiunse nel paziente una profusa diarrea; e negli ultimi giorni di vita ebbe delirio da inanizione.

Il Z. cessò di vivere il dì 8 Giugno 1896.

*Autopsia* — Il cranio era piccolo ma simmetrico, e le sue pareti sottili. Il cervello pesava 1080 grammi.

La dura madre era ispessita nella regione frontale, e la sua faccia interna si staccava facilmente dalla pia madre, malgrado numerosi filamenti biancastri, che riunivano fra di loro i due involucri. La pia madre con difficoltà era distaccata dai lobi frontali, in corrispondenza dei quali essa si presentava ispessita e di apparenza fibrosa. Essa aderiva ancora alla maggior parte della rimanente superficie convessa dei due emisferi cerebrali. Le alterazioni meningee apparivano più pronunziate a destra.

Le membrane meningee in corrispondenza della faccia inferiore del cervello, tranne un leggiero opacamento, non presentavano nient'altro di notevole.

Nel cervello, di pronunziata consistenza, la sostanza grigia era assottigliata, la sostanza bianca anemica, per un colorito bianco-latteo.

I nuclei centrali alquanto rammolliti.

Le sezioni della massa cerebrale, praticate in tutti i sensi, non lasciarono rincontrare tracce di tumori, o focolai emorragici antichi, oppure di data recente.

I vasi cerebrali erano alquanto induriti, specie alla base del cervello.

Pulmoni normali.

Cuore piccolo, con pareti sane e cavità ventricolari piuttosto ristrette.

Lo stomaco era piccolo, senza altre rilevanti alterazioni.

Intestini in stato di atrofia, con infiammazione catarrale cronica della mucosa.

Fegato ridotto di volume, così pure la milza ed i reni.

La mucosa vescicale era infiammata.

⁂

Nella storia patologica del paziente rinveniamo due periodi nettamente distinti, e cioè un periodo melancolico con accessi di ansia, ed un periodo paralitico; separati da uno stato intermedio o di transizione.

Innanzi di entrare nella critica del caso, mi piace riportare brevemente un' altra osservazione, con assenza completa di idee fastose; mentre le concezioni deliranti di auto-accusa furono persistenti, con manifestazioni intermittenti.

*IV. Caso Clinico* — G. P. di professione cuoco, nativo di Milano, coniugato, con figli, fu accolto in Manicomio il di 23 Ottobre 1894.

Mancano del paziente precedenti morbosi ereditarii.

In quanto ai precedenti personali il G. durante l' in-

fanzia, e più tardi nell' adolescenza, si dimostrò di un carattere difficile, irascibile, senza rispetto ai suoi.

Fu poco amante del lavoro, specie quando gli veniva imposto.

Di umore variabilissimo, senza motivo palese, si dimostrava, ora compreso da intensa gioia, ora tristamente melanconico. Era intollerante ed indifferente a tutto.

Apprese poco il mestiere di cuoco, e non trovando da far bene in Italia, si recò nel Cairo, dove rimase dal Maggio al Settembre del 93.

La sua natura incostante e variabile producevagli nella coscienza avversione per fino alla propria persona; ed il G. avvilito sempre più dalla miseria estrema, tentò ancora il suicidio.

Ebbe più tardi periodi di eccitazione psichica, ai quali seguivano bene spesso altri tristi, depressivi.

L' agitazione maniaca, verso gli ultimi dì del mese di Ottobre, si accrebbe d' intensità, al punto che si dovè d' urgenza condurre il paziente in Manicomio.

Nei primi mesi di degenza il G. si dimostrava quasi sempre inquieto, laceratore, impulsivo. Più tardi si fece melanconico, era facile al pianto, e dichiarava di essere « un uomo di nessuna utilità al mondo ». Spesso di notte si alzava dal letto, credendosi perseguito da persone che gli erano dappresso, e le quali egli non vedeva. Pregava tutto il giorno, e disperatamente in certe ore implorava la grazia dal cielo per la sua famiglia affamata e derelitta per colpa della *vigliacca* (sic) *persona* del paziente.

Tale stato di dolore psichico e di ansia subì dei periodi di sosta, ma non assoluta, poichè il G. sebbene non convinto delle sue idee, queste manifestava sempre con contenuto di auto-accusa; e mentre si dichiarava malvagio, abbrutito, disonesto, monotonamente ripeteva

di non essere più buono a lavorare, di sentirsi fiacco di essere un soggetto inutile, meritevole di ogni castigo.

Intanto i fenomeni paralitici, che al suo ingresso in Manicomio non erano affatto comparsi, iniziarono il loro svolgimento con debolezza generale, tremori e più tardi disartria. Si aggiunse di poi diminuzione generale della sensibilità.

Il paziente passava la maggior parte delle giornate rannicchiato in un cantuccio, sempre di umore depresso, brontolone ed inoperoso.

Dopo circa 10 mesi dal suo ingresso in Manicomio, la decadenza fisica e mentale aveva raggiunta gradatamente una intensità rilevante. I disturbi della loquela specialmente erano progrediti al punto, che riusciva difficile al paziente pronunziare una parola senza sforzo.

Le sue idee assai confuse, con contenuto vago di auto-accusa. Il paziente, preso da frequente, esagerata, e non motivata emozione, piangeva, si dimostrava smemorato di tutto, e cominciò a farsi sudicio.

Nel marzo del 96 ebbe un breve periodo di eccitamento psichico, il quale si manifestò con abnormi e disordinati movimenti, allucinazioni terrificanti ed idee deliranti. Alla sera il paziente non voleva andare in letto, perchè *non suo:* egli « rubava la proprietà degli altri, era un menzognero ». In questo tempo si dovè parecchie volte ricorrere all' alimentazione artificiale, non riuscendoci in modo nessuno a fargli prendere cibo.

Nel mese di Aprile (96) si iniziarono nel paziente ancora disturbi vasomotori al volto ed edemi agli arti inferiori. Si credè allora opportuno farlo rimanere in letto, anche per la grave debolezza di tutto il corpo, il quale malamente si reggeva; e per lo stato di deperimento in cui l' infermo si trovava. Più tardi si

aggiunse un rossore pronunziato al sacro, al quale seguì una vasta e profonda piaga da decubito. Il paziente non si alzava più dal letto. La demenza ed il disturbo della coscienza si accrebbero sempre più; la memoria notevolmente turbata, nessun ricordo era evocabile. La espressione di un pensiero il più semplice era resa molto difficile in causa di fenomeni afasici e parafasici progressivi.

Di quanto in quanto aveva lievi eccitamenti psichici, con grave confusione di idee incerte e manifestazioni insensate di auto-accusa.

Un tale stato, salvo lievi oscillazioni, si protrasse fino al Maggio successivo. Da quest' epoca il marasma si fece sempre crescente, e le facoltà mentali raggiunsero il colmo del loro sfacelo. Il paziente era affatto inerte, non riceveva più cibo, non parlava, non orinava.

Finalmente, in seguito a frequenti accessi apoplettici ed epilettiformi, che si manifestarono dal giorno 18-21 del mese di Maggio, il paziente moriva (21-5-1896).

*Autopsia* — Il cranio era normale: cosi pure la dura madre.

Le pie meningi si presentavano di un colorito grigiastro, ispessite massimamente in corrispondenza dei lobi frontali e temporali. Tale ispessimento ed intorbidamento delle meningi sottili si notava ancora alla base del cervello.

I nervi della base macroscopicamente apparivano inalterati.

Le arterie vertebrali e la Silviana erano dure, rigide, sclerosate.

Le circonvoluzioni frontali, in special modo, erano ridotte, ed in certi punti evidentemente abbassate. La corteccia cerebrale in genere si vedeva assottigliata e di un colorito tendente al bruniccio. Il cervello povero di sangue, con vasi piuttosto dilatati. Dilatati pure si

manifestavano i ventricoli laterali, ripieni di siero limpido, e scarse granulazioni.

Non si notarono alterazioni importanti nei nuclei centrali, bulbari e nell' intera sostanza della midolla spinale.

La vescica era dilatata, con infiammazione catarrale diffusa della sua mucosa, e contenente un liquido orinario di un colorito brunastro e torbido.

Il fegato di volume aumentato, così pure la milza.

* * *

Dalla storia clinica più sopra descritta si apprese, che il G. sortì una personalità psichica debole, variabile, indecisa, mutabile; nella quale, a poco per volta, s' incarnò il tarlo della demenza continua, progrediente fino allo annientamento completo delle facoltá mentali.

Nel paziente le conclamate abnormitá ideative esordirono con uno stato di eccitazione triste, di sconforto verso sè stesso, con assenza completa di idee di grandezza, e mancanza di quelle alterazioni somatiche proprie della demenza paralitica.

Ad un simile stato di primitivo eccitamento ansioso, altro ne seguì, ad intermittenze brevi, con manifestazioni psichiche depressive, ed idee di auto-accusa.

Finalmente (verso il mese di Aprile 95) comparvero i segni fisici della grave malattia, i quali iniziarono principalmente con debolezza degli arti e disturbi della parola.

Tutti e due i casi or ora descritti presentarono, nei primordii delle loro psichiche ed abnormi manifestazioni, non lievi difficoltà per la determinazione più esatta della forma mentale; poichè non apparivano affatto i segni fisici, od alcuni fra i segni fisici, della paralisi progressiva.

In tutte e due le osservazioni si appalesava un delirio di auto-accusa, che, sintetizzando tutta la personalità psichica nei nostri pazienti; fu, solo più tardi, seguito da fenomeni paralitici manifesti.

Il delirio di auto-accusa apparve, si accentuò per gradi, finì in una manifestazione demente, accompagnando il rispettivo organismo fino alla morte.

Un tale delirio veniva esteriorato con caratteri distinti di variabilità, leggerezza; privo affatto di razionale ed incosciente ragionamento. Esso non era essenzialmente depressivo, nè doloroso, poichè non in rapporto con stati di angoscia e di pena morale: appariva per di più ad intermittenze, con manifestazioni mobili, transitorie, isolate. Si manifestava come il prodotto di un perfetto automatismo morale, con destinazione a scomparire, o mutar d'aspetto, a misura che si produceva, poichè mancante d'ogni critica e controllo.

Come dicemmo, nei nostri due ultimi infermi il delirio di auto-accusa si manifestava con intervalli di relativo benessere mentale (almeno per quanto riguardava le concezioni deliranti); rimanendo però sempre i malati in stato di decadenza e confusione mentale.

Un tal fatto è degno di nota, e fu osservato dapprima dal Bayle.

M. Baillarger (1), in parecchi casi di paralisi progressiva, segnalò la sparizione di fenomeni deliranti, laddove i sintomi paralitici, pur essendo attenuati, stavano ad indicare la presenza e persistenza della malattia.

Contrariamente alle osservazioni del Baillarger, nel G. notammo la comparsa di fenomeni paralitici in un periodo di remissione del delirio di auto-accusa

(1) — Leçons cliniques — Ann. médico-psych. T. VIII. 1846.

(Aprile del 95). Anche Falret riportò osservazioni di questo genere.

Il Coindet (1) osservò un demente paralitico. il quale, in uno stato di remissione, dimostrava appena un lieve imbarazzo della favella; mentre i fenomeni deliranti erano affatto scomparsi.

Noi siamo di avviso, confortati dalle nostre osservazioni, che le sospensioni dei delirii in genere nella paralisi progressiva, ed in specie delle concezioni deliranti di auto-accusa, non sono affatto complete nel vero senso della parola, poichè i pazienti nei periodi lunghi o brevi di relativo riordinamento psichico, senza accusare sè stessi, nutrono continua diffidenza dei loro atti; diffidenza che, in grado superlativo, porta, naturalmente, alle concezioni deliranti di auto-accusa, in relazione queste ultime con le condizioni molecolari, chimiche, nutritive degli elementi cerebrali proprii della paralisi progressiva.

## II

Quale abisso fra le manifestazioni deliranti di auto-accusa nei dementi paralitici, e nei *paranoici primitivi!*

Dalla maggioranza dei clinici psichiatrici le idee deliranti melanconiche vennero aggruppate sotto la qualifica di idee di auto-accusa. La presenza di tali idee, depressive o no, sistematizzate od a fondo demenziale, era una caratteristica vera e propria della melancolia delirante; specie se si aggiungevano disturbi emozionali ed ansietà!

Una tale maniera di giudicare, è, come giustamente afferma il Sèglas, erronea; poichè esistono altri ca-

(1) Falret — Les malad. mentales.

ratteri e più speciali del vero delirio melancolico.

Se le idee deliranti di auto-accusa sono associate quasi costantemente colla melancolia delirante, ciò non vuol dire che esse siano esclusive di questa forma; mentre si è potuto dimostrare la loro presenza in svariati casi di demenza paralitica, ed in altre forme mentali.

Per rendere meno arduo lo studio di diagnostica semiologica, e riconoscere più facilmente se un delirio di auto-accusa appartenga alla melancolia delirante, piuttosto che alla paranoia primitiva; descriverò subito due casi, importantissimi, nei quali la dimostrazione e l' analisi rigorosa delle idee di auto-accusa potranno fornirci utili insegnamenti.

∴

V.° Caso clinico — D. A. Luigi, di 43 anni, di professione fabbro, coniugato, con figli; fu ricoverato in questo Manicomio il dì 11 del mese di dicembre 1894.

*Antecedenti ereditarî* — Niente di notevole per parte della madre; il padre morì in seguito ad affezione cronica dei pulmoni. Un fratello del paziente, maggiore di età, dimostrò fin dai più giovani anni un carattere egoista, indolente, ambizioso. Una sorella soffrì di convulsioni, delle quali se ne ignora la natura.

*Esame del paziente* — Il periodo della infanzia trascorse nel D. A. normalmente. Giovinetto era piuttosto superbotto, sdegnoso, fiero, molto originale, sciupone. Orgoglioso sempre, ogni cosa gli sembrava di facile comprensione, ed intanto sdegnava di occuparsi in qualche maniera. A 12 anni, appena aveva imparato a leggere, scriveva malissimo ed era incapace di addizionare e sottrarre. A furia di rimproveri e di minacce da parte dei genitori, il paziente, alla meglio, apprese

il mestiere di fabbro; ritraendo dal lavoro non abbastanza per i minuti piaceri.

Il D. A. in paese era riconosciuto un cattivo soggetto, dedito al giuoco ed al mal fare. Prese moglie a 22 anni circa, dalla quale ebbe parecchi figli, apparentemente sani e robusti. Come marito il D. A. si dimostrò pessimo, facendo alla povera moglie soffrire dolori morali, miseria, dispiaceri di ogni sorta.

Manifestò più tardi idee di falso socialismo ed anarchiche, per le quali, più volte, fu rinchiuso in carcere, e nel 1893 fu ancora condannato a domicilio coatto e destinato all' isola di Ponza. Quindi il D. A. si dimostrò impenitente disturbatore di ogni ordine e disciplina; e punito a più riprese, era sempre da capo a molestare tutti con parole sconce e minacce.

Nell' Isola di Ponza il D. A. divenne sempre più irritabile, specie dopo che, per tumore emorroidario, gli venne praticato un' operazione all' ano. Da allora cominciò a dichiararsi perduto, incapace di tutto, traditore della famiglia e del paese, disonorato, ecc., ecc. Di notte era generalmente insonne, clamoroso, con idee di suicidio.

Riconosciuto anormale di mente venne condotto in questo Manicomio.

*Risultato degli esami obbiettivi fatti in questo Manicomio* — Individuo di statura piccola, gracile, presenta un colorito terreo di tutta la superficie cutanea.

Orecchie piccole con lobuli semi-aderenti, i denti ha irregolarmente impiantati. La lingua sporge normale dal cavo boccale, nè in ossa esistono segni di atrofia. Le pupille normalmente e regolarmente ampie, con riflessi pronti. Il paziente percepisce e localizza bene le sensazioni tattili e dolorifiche. Nessuna anomalia nei sensi del gusto, dell'udito e dell'olfatto.

I riflessi cutanei sono normali, come pure il riflesso di W e s t p h a l in tutti e due i lati.

Il polso piccolo, regolare nel ritmo: i toni cardiaci affatto normali.

Niente degno di nota dell' apparecchio respiratorio. In vicinanza dell'orifizio anale esistono le tracce di un tessuto duro, bianco-rossastro, semi dolente, di natura connettivale.

*Esame psichico* — Di umore piuttosto depresso, il paziente è intensamente compreso da concezioni deliranti di *auto-accusa*. Tali concezioni non si manifestano in una maniera vaga, indeterminata, od altrimenti influenzate da atti suggestivi; ma sono il risultato di una convinzione profonda nel D. A., il quale non riconosce i suoi gravi errori critici, di giudizio. Di qui la strana elaborazione delle idee, ed i suoi atti, i quali, guidati da una coscienza in disordine, degenerata, prendono l' aspetto di essere insensati, strani. consecutivi a turbata volontà. Dice il paziente: « Io sono uno sciocco, un povero infelice, senza onore, meritevole di ogni castigo: non ho più forza, non ho volontà di lavorare, son degno della galera. Io ho disonorato i miei figli, ho reso infelice una povera madre.... ».

In tali esplosioni il paziente si fa più triste, irritabile, violento contro sè stesso, non arrestandosi di percuotersi sul volto e sul ventre. Più tardi è assalito da idee di persecuzione, maledice Dio, la natura, il sole, che l'hanno creato così infelice. Poi si fa più calmo, e rincantucciato, da solo, guarda attorno con sospetto.

Ma i disturbi deliranti non tardarono a ricomparire, accompagnati il più spesso con allucinazioni dell' udito. Il paziente ascolta delle voci alle quali risponde: le voci lo chiamano « un essere criminale, un pessimo marito, un uomo senza morale. Tutti gli uomini lo desiderano morto ».

Di tempo in tempo lo assalgono parossismi psichici-motori acutissimi, idee di auto-accusa e persecuzione, e disturbi sensoriali. Il paziente diventa oltremodo irrequieto, di notte sempre insonne, cerca di fuggire dal letto, e forte si mette a gridare: « Ammazzatemi, ammazzatemi, ammazzatemi, poichè sono un uomo colpevole ». Poi, commosso, invoca il nome della madre, della moglie, dei figli, ed a tutti chiede perdono delle mancanze e dei gravi delitti commessi.

Cessato un tale periodo di ansia, il D. A. con calma dichiara i suoi falli, afferma di meritare tutte le accuse possibili, perché egli è un infelice, senza salute, deturpato all'ano, disonorato. Anche nei periodi di quiete il paziente dorme poco. Qualche volta rifiuta di prendere cibo, perchè dice di non aver *diritto a nutrimento chi non lavora.*

Attualmente le idee di *auto-accusa* sistematizzate occupano a preferenza la personalità psichica del D. A. Egli non risponde alle domande, perchè *già sappiamo tutto*. Con serenità si accusa di aver commesso atti violenti, si dichiara miserabile, di idee state a lui imposte da società segrete: da tutti si crede schernito, ne è convinto, poichè egli è un *vile* e *deformato nell' ano.*

Di notte è allucinato, ed i disturbi sensoriali si riferiscono specialmente all'organo dell'udito. Le voci che ascolta sono dispiacevoli, poichè lo chiamano *sciocco*, e desiderano la sua morte. Altre voci, di timbro differente, lo consigliano di prendere, per suo conto, sicure e più giuste misure, incoraggiandolo nel tempo stesso. Il paziente ascolta le voci benevole con l' orecchio sinistro, quelle di minaccia con l'orecchio destro. Una forza interna gl' impedisce di eseguire il consiglio che sente di lontano. Quando egli pensa non arriva alla fine della sua idea, che una voce gli ripete ogni cosa, (sdoppiamento della personalità par écho de la pensée).

Notiamo finalmente che il paziente nella manifestazione delle concezioni deliranti di *auto - accusa* e di *persecuzione* non impiega speciali e nuovi vocaboli. Delle sue idee è profondamente convinto, ed i disturbi sensoriali concorrono sempre più nel paziente a rendere chiare e ben determinate le proprie idee.

*Craniometria* — Circonferenza cranica orizzontale . . . . . . . . . . . . . . mm. 554

| | | |
|---|---|---|
| Curva longitudinale . . . . . . . . | » | 326 |
| Curva trasversa . . . . . . . . . | » | 316 |
| Diametro antero-posteriore massimo . . | » | 188 |
| Diametro trasverso massimo . . . . | » | 14 |
| Indice cefalico . . . . . . . . . . | » | 82,22 |
| Tipo cranico: subrachicefalo. | | |
| Altezza della fronte . . . . . . . . | » | 27 |

∴

Nella precedente osservazione scorgiamo subito trattarsi di una forma mentale non abbastanza facile a diagnosticare, e dall'insieme dei sintomi assai complessi e dalla loro evoluzione.

Se a prima vista siamo tratti, dall'anamnesi e dallo esame clinico e fisico del paziente, a formulare il diagnostico di « Paranoia con delirio sistematizzato di auto-accusa »; un esame più attento ci dimostra, o almeno ci mette nel dubbio trattarsi piuttosto di una forma ansiosa di melanconia, per l'associazione di segni più propriamente di quest'ultima forma mentale.

Ricordammo i gravi e tristi periodi di ansia nel nostro ultimo paziente, che, compreso da idee di colpa, iroso e con gli occhi pieni di lagrime, sentimmo imprecare contro la divinità, il sole, contro il mondo intero. Ma la divinità, il sole e il mondo erano sordi alle grida angosciose di un povero disperato, il quale rivolse

più tardi contro sè stesso le imprecazioni, con consecutive derivazioni di atti impulsivi.

A tanta bufera di attività delirante ed emotiva, con successione rapida di concezioni deliranti distinte di auto-accusa, persecuzione, e disturbi allucinatorii; tenne dietro uno stato calmo, tranquillo nel D. A., il quale mentre con piena convinzione si accusava, si avviliva, si dichiarava deforme, per la viltà degli uomini, pel tradimento fattogli nell' isola di Ponza; riaffermava le più recenti accuse degli uomini contro la sua persona, dichiarando di meritarle, siccome un essere indegno di vivere.

Ecco un insieme delirante affatto convergente, dove il malato costituisce come il centro, verso il quale vengono diretti tutti gli sforzi visibili ed invisibili della divinità, del sole, del mondo intero.

Tale morboso subbiettivismo, od altrimenti *auto-filia* (1) é un fatto degno d' importanza nella paranoia primitiva.

In quanto ai disturbi sensoriali essi, come vedemmo, si manifestarono numerosi, specialmente di natura uditiva, e nelle ore di notte. Tali allucinazioni con sviluppo progressivo, ma secondario alle concezioni deliranti di auto-accusa e persecuzione, presentarono la caratteristica del *dèdoublement.* Il nostro paziente, infatti, mentre dall'orecchio destro ascoltava voci di minacce, disprezzo, ed oltremodo a lui spiacevoli; dall' orecchio sinistro invece le voci venivano sentite con intensità diversa, e differente timbro: erano voci di un carattere consolante, le quali infondevano e suggerivano al D. A. fiducia, speranza, coraggio.

Questo segno od altrimenti *dèdoublement* allucinato-

(1) Ball. Leçons sur les maladies mentales. Paris. 1883.

rio fu la prima volta studiato dal Magnan, il quale osservò le allucinazioni di carattere consolante in perseguitati sistematizzati (1). Il Falret, a tal proposito, richiamò l'attenzione degli alienisti, poichè nei perseguitati primitivi, ritenne le allucinazioni di *carattere consolante,* essere un buon segno diagnostico dei delirii paranoici.

Notammo dippiù nel D. A. un sintoma che, procedendo in certo modo da disturbi appercettivi, si rivelò in seguito ad allucinazioni dell' udito.

Finalmente, alla presenza di idee di auto-accusa e di persecuzione, resistenti ad ogni critica, perchè radicate nella coscienza del D. A.; troviamo reazioni proprie dei perseguitati. Il paziente si dichiarava un miserabile, un essere inutile, con mille difetti fisici e morali; si sapeva da tutti schernito, rinnegato: dunque era degno di morte. L'apparenza logica di ragionare persuadeva sempre più il paziente della nullità della propria esistenza; l' idea del suicidio appariva e poi si fermava in quella grama esistenza mentale, che non aveva la forza possibile di mettere in atto la fallace idea.

Senza procedere più oltre intorno alla natura ed ai caratteri speciali delle concezioni deliranti di *auto-accusa* del D. A., ciò che si farà in seguito; sorge qui spontanea la domanda: Perchè il D. A. aveva frequenti episodii ansiosi? Rievocando il tempo della insorgenza di tali episodii, la risposta sembra facile. Gli stati ansiosi si presentavano, infatti, in seguito alla recrudescenza di certi segni, dai quali erano variamente influenzati. Le allucinazioni uditive, benchè secondarie alle abnormi concezioni uditive, aggiungevano, nella in-

(1) Magnan. Des hallucinations bilatérales de caractére différent suivant le côté affecté. Arch. neurol., 1883.

tensità delle loro manifestazioni, iperattività alle idee deliranti medesime; donde lo stato di ansia.

In breve il D. A. è un paranoico con delirio primitivo di auto-accusa, e stati episodici di ansia secondarî alla insorgenza di disturbi allucinatori.

Perchè il D. A. è un paranoico, e quali i più spiccati caratteri del suo delirio?

Innanzi di rispondere, stimo opportuna la descrizione di un altro caso, e per le differenze dei segni clinici da quelli notati nel D. A.; ma più perchè fu fatta, al caso che descriverò, l'autopsia.

***

VII.° Caso clinico — B. C. di anni 41, di professione disegnatore, coniugato, fu accolto in questo Manicomio il dì 23 ottobre 1895.

La madre fu psicopatica, un fratello molto eccentrico. Fanciulletto ancora il B. dimostrò un'indole taciturna, ed adulto era sognereccio, con tendenza a fantasticare, ed all'isolamento. Di natura sensibile, energica nelle occorrenze della vita pratica si adirava con molta facilità, ed allora riusciva insolente e minaccioso. Non ebbe malattie fisiche degne di qualche importanza. Superate le prime scuole, si diede all'arte di disegnare, che apprese senza sforzi. Cupo sempre e diffidente, viveva appartato dai suoi condiscepoli, rinchiuso in una vita monotona e disposto sempre a malumori infondati.

A 23 anni circa prese moglie, dalla quale ebbe una figlia tuttora vivente, sana e robusta.

Dedito eccessivamente al coito, il B. non lasciava in pace la moglie neppure nelle ore del giorno. Di frequente si altercava con la sua donna per gelosia, e ad essa commetteva sgarbi e sprezzo, facendole soffrire, per

dispetto ancora la fame. La povera moglie di frequente era costretta andar via di casa e riparare dai genitori, per sfuggire così alle insolenze e violenze del marito.

A tanta abnormità di carattere, strano, violento, prepotente, seguì nel B. uno stato d'animo triste, depresso, fiaccato. Era diventato il paziente un altro essere; timido, emotivo, irritabile. Cominciò ad accusare sè stesso, col dichiararsi un *povero uomo*, un *uomo avvilito*, un *grave peccatore*. Spesso, in attitudine di preghiera, con lo sguardo al cielo, implorava, piangendo, perdono a Dio, per le gravi mancanze commesse verso la moglie. Rifiutò qualche volta il cibo, motivando il rifiuto con la convinzione di non averlo guadagnato col lavoro. Di tanto in tanto usciva di casa, e ne rientrava a viva forza, poichè sosteneva di non aver più tetto. Qualche volta si mostrò seminudo sulle pubbliche vie, affermando di non posseder niente per vestirsi.

*Riassunto delle condizioni fisiche e psichiche del paziente in Manicomio.*

Uomo di conformazione scheletrica regolare, di statura media, discretamente nutrito, di colorito sanguigno, con pelle sollevabile in larghe pieghe, con tessuto adiposo normalmente sviluppato.

*Apparecchio neuro-muscolare.*

*Sensibilità* — La sensibilità tattile, termica, dolorifica ed elettrocutanea, si conserva normale; lo stesso dicasi del senso muscolare.

Dei sensi specifici la vista, il gusto, l'olfatto sono normali, mentre l'udito si presenta ottuso da tutti e due i lati.

*Motilità e riflessi* — Deambulazione spedita, movimenti volontarii affatto normali.

Le pupille reagiscono bene alle impressioni luminose,

ed alle svariate distanze dalla luce stessa. Il foro pupillare normalmente ampio da tutti e due i lati.

I riflessi superficiali, epigastrico, plantare, cremasterico sono ben manifesti. Il riflesso di Wesphal esagerato da ambo i lati. Manca il clono del piede.

Al dinamometro si ha: mano destra . . kgr. 39
mano sinistra . . » 34

Tale diminuzione di forza muscolare però non sembra affatto reale, poichè potentemente influenzata dalla mala volontà del paziente di manifestare tutta la propria energia. Il B. per dar maggior credito alla propria fiacchezza, coordina tutti gli atti alla abnorme ideazione.

*Apparecchio respiratorio* — Qua e là nei grossi e medii bronchi esistono rantoli di grandezza varia, nella regione anteriore e posteriore del torace. Il paziente è tossicoloso, con respirazione piuttosto frequente.

*Apparecchio circolatorio* — Cuore. Urto della punta deviato a destra, area di ottusità ingrandita. All' ascoltazione si sente un rumore sistolico, accentuato specialmente in corrispondenza del terzo spazio intercostale sinistro, in vicinanza del margine sternale dello stesso lato. Tale rumore si estende fin quasi all'angolo inferiore della scapola sinistra.

Le vene del collo sono rigonfie, ed il polso alla radiale, piccolo, molle, irregolare nel ritmo.

*Esame psichico* — La personalità psichica del B. si manifestò, dal suo ingresso in Manicomio, sempre delirante, con scarsi disturbi sensoriali. Il carattere del B. quasi sempre concentrato, il suo umore depresso, non fu turbato da periodi anche lievi di ansia. Il paziente da solo si vedeva passeggiare, oppure, seduto, presso un tavolo, passava il tempo disegnando.

Alle domande rispondeva con calma e profonda convinzione di quanto affermava. Le sue idee sempre e sol-

tanto di auto-accusa, resistevano ad ogni critica ed argomentazione; esplicate con una logica alla rovescia, ma formalmente retta. Esse, nella coscienza del B. avevano acquistata tutta la forza e l' essenza di fatti irrevocabili. Il paziente con assai frequenza andava ripetendo di avere ingannato la propria moglie, e trovava la traduzione del suo pensiero tanto in ricordi passati, quanto in quelli più remoti della sua vita. « Io, diceva, sono un uomo scellerato, vile, degno di ogni disprezzo. Ingannai la mia donna poiché finsi di amarla, non risparmiando baci e carezze ad altre donne. La ingannai come moglie, rendendola madre infelice. Nessun delitto é peggiore del mio, e non merito affatto perdono. Io per sempre saró maledetto in vita, e la mia putrida carcassa meriterà d'essere oltraggiata ». (da uno scritto del B. in data giugno del 96).

Il paziente, compreso di continuo da sì intense accuse contro sè stesso, conservò generalmente un contegno abbastanza tranquillo, ma cupo ed irritabile.

Tranne un lieve decadimento mentale, nel paziente il delirio di auto-accusa non subí trasformazioni di sorta, fino all' ultimo dì di sua vita.

Nel B., sofferente di vizio cardiaco, nella 2.ª quindicina del mese di settembre i disturbi circolatorii si andarono accentuando; comparvero pronunziati edemi agli arti inferiori ed intenso edema pulmonare. Il paziente morì il 19 settembre 1896.

*Autopsia* — Essa vien fatta 24 ore dopo la morte. Esiste completa rigidità cadaverica. Nessuna piaga da decubito.

I pulmoni sono congesti, contenenti liquido sieroso sanguinolento negli alveoli. Vi ha infiammazione catarrale dei grossi e medii bronchi.

Il cuore voluminoso è coperto di grasso. Esiste dilatazione dell'orifizio tricuspidale. L' orifizio della mitrale

è ampio, con ispessimento e retrazione dei pizzi valvolari. Le pareti di tutti e due i ventricoli sono ipertrofiche.

La mucosa dello stomaco è alquanto iperemica. L'intestino tenue in tutta la sua lunghezza presenta discreta iniezione della mucosa; così pure l'ileo ed il colon. Milza e reni apparentemente normali. Il fegato è aumentato di volume.

*Capo.* Calotta abbastanza regolare, di spessore aumentato. con diploe scarsa. Bene appariscenti i solchi delle arterie meningee. Niente di notevole alla base del cranio.

La dura madre, di colorito bluastro, ha uno spessore normale; l'aracnoide alquanto opacata; la pia madre piuttosto iperemica, però facilmente distaccabile dalle sottostanti circonvoluzioni. Le arterie della base sono affatto normali.

Degno di nota è il rammollimento della sostanza grigia cerebrale, in corrispondenza dei lobi frontali anteriori. Tale rammollimento si estende alla sottostante sostanza bianca.

Le circonvoluzioni costituenti i lobi frontali, tranne un lieve appiattimento, non presentano macroscopicamente nient'altro di notevole.

Nei ventricoli laterali esiste alquanta sierosità.

Il corpo calloso e striato, i talami ottici sono apparentemente intatti.

∴

Nei due casi or ora descritti ci troviamo di fronte a individui i quali dall'eredità, dalle circostanze della vita trassero un carattere distintamente paranoico; carattere il quale, germogliando da un malsano tronco, assediò, conquise i poveri pazienti, da ridurli schiavi di

una idea, di un desiderio, che non temperarono altre idee, altri sentimenti, altri desiderii.

Per tradurre questo mio concetto in forma positiva e scientifica, non necessitano le assurde elucubrazioni metafisiche. bastante la determinazione relativa che occorre fra lo spirito e il sistema nervoso.

Un tale rapporto è reso evidente dallo esame delle manifestazioni psichiche del D. A. e del B.

È dimostrato che l'attività psichica ha sede nel sistema nervoso: è il cervello l'organo dell'anima, come lo dimostra l'ablazione sperimentale degli emisferi cerebrali, e la distruzione accidentale delle circonvoluzioni cerebrali medesime.

Il Goltz ha dimostrato che un cane *ènècervellè* perde completamente le facoltà psichiche, la memoria, la coscienza, la riflessione. Esso non vede, non riconosce le persone, non un gesto, non sa apprezzare una carezza, è incapace di procurarsi il cibo, perde l'odorato (1).

I fenomeni intellettuali sono strettamente legati con le condizioni fisiologiche degli elementi del cervello, in rapporto quindi con le modificazioni molecolari, chimiche e di nutrizione del cervello stesso.

I componenti chimici degli elementi nervosi sono molto complessi e molto instabili; le materie estrattive dei centri nervosi dimostrano che l'attività mentale è seguita da metamorfosi regressive, poichè gli acidi lattico, urico, la creatina, l'ipoxantina, gli acidi formico ed acetico derivano tutti da ossidazione di sostanza nervosa, e specialmente del protagone.

Tali prodotti assomigliano a quelli dei muscoli in piena attività. La produzione di una idea, così come la

---

(1) Goltz. Arch. für die gesammte Physiologie. LI p. 57, 1892.

produzione di un movimento, è sempre accompagnata e seguita da ossidazione di elementi; processo che crea più tardi pensiero, forza, movimento.

La patologia, non meno della fisiologia ed anatomia, dimostra che la intelligenza non esiste fuori del cervello.

Non intendo con ciò addivenire alla dimostrazione finale della intelligenza, riguardo specialmente alla natura; diciamo soltanto che ogni atto psichico, normale ed abnorme che sia, dipende sempre da mutamenti embriologici, chimici, fisiologici, anatomici di elementi di svariate zone della corteccia cerebrale.

Dal perché, come il Cramer afferma, nella paranoia o pazzia della intelligenza, manca finora una base anatomica positiva, dobbiamo forse concludere coll'ammettere l'indipendenza ed immaterialità delle abnormità psichiche che la determinano?

Il Prof. Bianchi di Napoli, volendo alle funzioni più elevate della mente dare una base anatomica vera ha fatto numerose osservazioni sopra cervelli di scimmie, mutilandole di quella parte dell'encefalo irregolarmente piramidale, sita fra il polo frontale ed il solco prefrontale (1). Dalle sue osservazioni il Bianchi è venuto alla conclusione che l'asportazione dei lobi frontali, lasciando poco disturbata la facoltà delle percezioni semplici e singole; induce disgregamento della personalità, incapacità alla formazione seriale di gruppi di immagini, ed alle rappresentazioni mnemoniche per analogia e per differenza.

I lobi frontali per l'A. rappresenterebbero funzionalmente gli organi della funzione fisiologica, e della sistematizzazione di tutti i prodotti sensoriali e motori, ond'è co-

---

(1) Bianchi. Memoria letta nell'adunanza straordinaria della R. Accademia medica di Napoli. 7 Aprile 1895.

stituita una personalità psichica; con potere regolatore sopra tutti gli altri centri.

Il Bianchi avvalora il fatto psicologico-sperimentale con osservazioni di anatomia microscopica, dalle quali risulta che il lobo prefrontale ha un numero scarsissimo di fibre proiettive, e possiede invece una vasta corona raggiata associativa (1).

Nei paranoici maggiormente leso è appunto l'organo della funzione fisiologica, e cioè la base anatomo-fisiologica del giudizio e della critica, con derivazione e modificazione profonda di tutta la personalità.

∴

Tornando ora alla critica dei nostri due casi, questi per la sintomatologia, per la evoluzione, pel modo di apparire del delirio d'origine primitiva, per la sua sistematizzazione, per il carattere egocentrico, il modo di ragionare, convergente, centripeto delle idee deliranti, per la natura clinica delle allucinazioni sopratutto uditive, per l'assenza d'ogni critica di esse; ci rappresentano due quadri chiarissimi di follia sistematica primitiva, con delirio di *auto-accusa.*

Una tale concezione delirante nei nostri pazienti non appare, come nei melanconici, in rapporto con lo stato mentale; ma quale giustificazione di altre idee. Il B. dice infatti: « Non posso lavorare perchè ho i pulmoni ed il fegato malati ». Ed il D. A. a sua volta: « Sono un essere infelice, deturpato; la mia persona é incapace a tutto ». Queste due abnormità ideative non sono eguali nelle conseguenze, poichè mentre nel B. la giu-

(1) Bianchi. Sulle deg. disc. endoemisferiche, ecc. ecc. Ann. Neurolog. 1895.

stificazione delle idee di auto-accusa è data da concezioni deliranti ipocondriache; nel D. A. invece essa manca, e le abnormità persecutorie rappresentano la risultante delle idee di auto-accusa. Il D. A., infatti, trova naturali le accuse contro sè stesso, fatte da persone immaginarie, considerandosi per sè un essere inutile, inferiore a tutti, un rifiuto della specie umana, incapace di esercitare il più semplice mestiere, ecc. ecc.

Ma vi ha di più, e quel che rilevammo di caratteristico e di singolare nei nostri due pazienti, si è la insorgenza d'èmblée delle idee di auto-accusa, affatto indipendenti da disturbi della cenestesi, emozionali, di abulia ed allucinatorii.

Tanto il B. come il D. A. un bel giorno, con meraviglia di tutti, sdegnarono il lavoro, incolpandosi di non essere più capaci, di non avere più forze, ecc. ecc. Una tale manifestazione primitiva di delirio non va per una genesi spontanea, come in apparenza si potrebbe credere: rappresenta come l'effetto di un lavoro psichico abnorme, di preparazione, più o meno dissimulata.

Riandando, infatti, la storia dei nostri due pazienti, questi ci si rivelano orgogliosi, gelosi, egoisti, fin dalla loro età più giovanile. Per simili esagerate tendenze, ogni atto, ogni manifestazione ideativa malamente e con assai difficoltà si adatta in famiglia, in società; compresi come sono gl'infermi da una percezione sbagliata della umanità. La cosciente loro personalità si rende gradatamente sempre più ottusa, fino alla incoscienza quasi completa della falsità delle proprie percezioni e concezioni. E mentre nell'un caso scorgiamo un carattere eccessivamente impressionabile ad uno stimolo, una intelligenza ordinaria, con tendenze indecise, esagerate pretese, sproporzionate ai mezzi; un carattere variabile, perplesso nei progetti, affatto privo di consistenza, cangiante di umore, e disposto più specialmente alla colle-

ra; nell'altro invece, coi segni degenerativi ereditari, si nota un carattere ineguale, violento, bisbetico, con poca voglia di far bene, con difficoltà d'azione.

Ecco due nature, nelle quali, tranne leggiere varianti, tanta vi ha rassomiglianza nelle estrinsecazioni intellettuali. Nell'un caso e nell'altro le note caratteristiche sono l'egoismo, la coltura, il supremo disgusto in ogni azione umana, l'indifferenza per tutto; nel D. A. per uno stato psicologico acquisito, sopravvenuto, nel B., invece per un fatto congenito di decadenza. Due nature che ci appariscono innamorate di sè stesse, piene di sè, ed indifferenti per tutto ciò che si agita sotto i loro occhi, con comprensione esteriore puramente egoistica. Due individualità con pensiero scialbo e scolorito, germogliante sopra coscienze inerti, perchè mal nutrite dalla coscienza collettiva, ed il quale non spinge le sue radici fin nel nucleo dello spirito, e lo avvizzisce il primo soffio di tramontana, se non lo ravviva, fino ad un certo termine, la rugiada quotidiana dell'interesse. Più tardi, infatti, nel D. A. e nel B. è difficile distinguere il lato sano della mente da quello malato. Essi non sentono, non comprendono, non percepiscono o malamente percepiscono; non lottano, non frizzano, non piangono con vero sentimento, e non ragionano che a traverso lo strato del rève. Il veleno del disgusto di loro stessi per gradi si insinua nella loro coscienza; li colpisce il disinganno; il loro organismo ideativo diventa sempre più floscio, frollo, esausto, senza giudizio e senza critica; i loro pensieri, le loro convinzioni sono avvolte nel chiaro-scuro dell'aberrazione mentale; il loro umore si fa sempre più triste, ma fiacco, sospettoso; li colpisce la misantropia, la incapacità di agire, e quindi la nullità della propria esistenza.

Abbiamo adunque dinanzi due stati patologici, due infermità cerebrali nelle quali a poco per volta, ed a

furia di ripetersi, si è andato organizzando un delirio fisso di colpabilità, incapacità, auto-accusa.

Tali concezioni deliranti del B. e del D. A. presentarono qualche varietà in riguardo alla loro evoluzione, intensità, alle manifestazioni esteriori, ed alla influenza da esse esercitata sopra la intelligenza, i sentimenti morali, affettivi e sopra la volontà e gli atti.

Come si sa, nel processo paranoico bisogna riconoscere due momenti fusi insieme, l'uno di prevalenza *dissociativo*, l' altro *sintetico*.

In genere la sintesi attiva dello spirito nei paranoici si fa sempre incompleta ed anenergica, di rimpetto al lavorio continuo di dissociazione mentale. (1)

Nei nostri due pazienti i due momenti menzionati si compivano con varia intensità, poichè mentre nel B. si porgeva una coscienza in cui le fiaccate energie psicomotrici, per alterazioni primitive dell' elemento motore, si accompagnavano con una volontà quasi passiva; nel D. A., invece, la reazione appercettiva si manifestava esageratamente attiva in una con la continua dissociazione. Il paziente, infatti, intensamente era allucinato, i disturbi sensoriali prevalentemente di natura uditiva; mentre la reazione del *voler conoscere* la propria infelicità, oltremodo esagerata, si dimostrava puramente intellettuale, giacchè l'azione non corrispondeva allo impulso della ideazione e dell'affetto.

Nel D. A. esisteva una energia psichica atrofizzata, la quale non si ridestava, che nei periodi di eccitamento corticale. Nel D. A., inquinato di naturale eretismo nervoso, facilmente si svolgeva eccessiva l' eccitabilità dei centri psichici; e, dati ancora gli abnormi stimoli

---

(1) *Del Greco* — Il delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia — Man. Mod. 1892, e Sulla evoluzione del Delirio paranoico — Man. Mod. 1894, ecc.

sensoriali, nei centri psichici stessi; la manifestazione dell' eccitabilità, era svelata con fenomeni vari di esaltamento. E così il D. A., rimanendo di continuo compreso da profondo, durevole cangiamento della sua personalità psichica; a volta questa si manifestava con uno stato maniaco, per la instabilità dell' attenzione, l'eccitamento psico-motorio, l' umore iroso, con seguito di uno stato di penosa coercizione, ed uno spasmo esagerato dell' attenzione; a volte, invece, triste, con espressione cupa di disperazione; ma non oppresso, come accade del melanconico, da fenomeni di irritato automatismo mentale, reagiva contro sè stesso. L' esplosione ultima era sempre il delirio fisso di auto-accusa.

« Io, andava ripetendo l' infermo, sono uno sciocco, un povero infelice; sono un poltronaccio meritevole del turpe atto fattomi nell' isola di Ponza. Sono un incapace, impotente di difendermi: ma so dire due parole. Io sono un vile, e tutti fan bene a schernirmi ».

In tale estrinsecazione di auto-colpa, con poco sforzo rileviamo la grande alterazione cosciente del D. A., per deficienza di energia dei processi sintetici della mente; una sopraeccitazione di spirito patologica. La idea fissa è troppo incarnata in D. A., a cui manca la forza di arrestare la generazione tumultuaria nella sua mente di idee false e incomplete, o di ordinarne l' associazione con critica corretta e rigorosa, e con l'analisi.

Nel B., invece, l' energia volontaria e d'appercezione conserva sempre la nota di calma; vi ha nel paziente piuttosto astenia psico-motoria, con percezioni abnormi sì, ma non di stimolo strapotente. Il delirio, svolgendosi nel campo della immaginazione e della intelligenza, ha più del sistematizzato che del paranoico, benchè non privo del tutto dei fattori veri e proprî della paranoia. Anche le reazioni del B. sono reazioni cal-

me, ed il suo delirio di una tristezza non emotiva, continuo, fisso, non monotono, nè melanconico.

∴

Generalizzate e differenziate, per quanto ci fu possibile, le manifestazioni deliranti del D. A. e del B. studiamo di essi lo stato mentale, onde scorgere i comuni caratteri ed essenziali di una stessa forma mentale morbosa.

Gli alienati, con delirio sistematizzato, il più spesso son creduti, dai profani, uomini di sana mente, niente altro presentando di anormale che una idea erronea, fissa, predominante. L'inesattezza ed assurdità di un tale giudizio é troppo palese anche ai profani di scienza psichiatrica, i quali considerano i paranoici come individui con *carattere strano*.

Nella evoluzione morbosa psichica dei nostri pazienti tre fasi son degne di speciale menzione.

Dalla storia medica apprendemmo che, innanzi la sistematizzazione delirante di auto-accusa, si manifestò nel B. e nel D. A., uno stato incerto di depressione, con ansia nel D. A., ed in tutti e due svogliatezza e rilasciamento generale. Nè mancarono dei periodi brevi di agitazione psico-motoria e confusione di idee. Queste, più tardi, disperdendo in apparenza il velo della confusione, si dimostrarono più chiare, senza che i pazienti si accorgessero dell'erroneità del contenuto delle idee stesse. E così, tra la confusione mentale e la insorgenza di idee affatto nuove; scorgemmo i due infermi vagare con la mente in un mondo di concezioni ideative penose, di tristezza. Un tale stato li opprimeva, ed essi allora supplicavano aiuto e perdono, ed ogni tanto imprecavano contro il mondo esteriore che li

accasciava e li affligeva, poichè non in armonia col loro stato psichico.

Ci trovammo di fronte a due coscienze, le quali, tristamente calme, ma non rassegnate, pensose per continuo contrasto di tesi ed antitesi; inutilmente si affannavano intorno alla ricerca di ciò che li opprimeva: e pur giungendo a ritrovare qualche bizzarra soluzione, tutta ideale e fantastica, si sentivano privi dell' energia necessaria, atta a tradurre il loro pensiero in movimento ed azione.

Il loro spirito, compreso da un'idea strapotente di essere *miserabili, infelici,* vigliacchi; e l'idea stessa non trasformata abbastanza dalla riflessione e dalla critica, veniva perifericamente ricacciata non come volontà, ma come un semplice atto automatico.

Nei nostri pazienti la volontà, fiaccata, non aveva più la potenza di centro inibitore, nè più si dimostrava atta alla condizione determinante un'azione.

Sicchè nei loro pensieri con facilità nasceva il disordine, seguito da esplosione insensata e senza critica delle idee stesse.

Ecco intanto il delirio che insorgeva a sistema, con la etichetta della mezza sanità.

I pazienti, turbati da uno stato di indecisione vaga, esitavano, fra le loro più svariate idee, con la mente a ritrovare quella in più diretto rapporto con le idee anteriori. E così la situazione mentale del B. e del D. A. rappresentava ancora il dubbio, la lotta, il contrasto. Vedemmo, infatti, succedere in essi, alla titubanza ed indecisione, un lavoro attivo di selezione e composizione mentale, onde conciliare le vecchie con le idee nuove, la situazione più recente con tutto ciò che li circondava. Assistemmo, nei nostri pazienti al bisogno di rendere le proprie concezioni deliranti plausibili a sè stessi e ad altri. Gl' infermi prevedevano le obbiezioni,

e rispondevano in maniera da conciliare le idee fisse di auto-accusa col passato, il presente e l'avvenire. Il loro complesso lavoro mentale tutto era intento alla composizione delle varie parti del delirio, il quale, arrivato al vero e proprio grado della sistematizzazione; gradatamente andava completandosi e modificandosi.

Le energie psichiche nei due pazienti, benchè raramente, ebbero dei brevi periodi di intervalli lucidi, con manifestazioni ideative le quali miravano a correggere, in qualche modo, l'edifizio delirante, che, solidamente radicato nella coscienza dei pazienti, resisteva a qualunque critica o controllo.

Attualmente il D. A. si trova in uno stato di infermità psichica, in cui ogni lavoro di modificazione delle concezioni deliranti è affatto cessato, e le abnormità ideative di auto-accusa sono stereotipate.

Il paziente ripete con le stesse frasi, gli stessi movimenti, la stessa inflessione di voce, sempre le medesime idee, e gli stessi sentimenti.

Determinati così i caratteri e la natura delle idee di auto-accusa nei paranoici, idee le quali si manifestarono d'émblée, seguite da delirio vago persecutivo; vediamo ora in che si differenziano dalle abnormità deliranti di auto-accusa, le quali più specialmente riscontriamo nella melanconia.

Il Griesinger, dotto ed acuto osservatore, fu il primo ad intuire nei melancolici la natura secondaria delle idee deliranti. Così, infatti, egli si esprime:

« Le malade se sent en proie à la tristesse; or il
« est abitué à n'être triste que sur l'influence de cau-
« ses fâcheuses; de plus, la loi de causalité exige que
« cette tristesse ait un motif, une cause, et, avant

« qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive
« déjà; ce sont toutes sortes de pensées lugubres,
« de sombres pressentiments, des appréhensions, qu'il
« couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques unes
« de ce idées soient devenues assez fortes et assez per-
« sistantes pour se fixer, au moins pendant quelques
« temps. Aussi ce délire a-t-il le caractère de tentati-
« ves que fait le malade pour s'expliquer son état ».

Tali interpretazioni e deduzioni dei melancolici, comprese nella loro coscienza, sono più tardi tradotte come tentativi di esplicazione e dichiarazione più completa delle idee deliranti medesime. Esse in genere, in ispecie i deliri di auto-accusa; sono sempre di natura depressiva, dolorosa, poichè in rapporto con uno stato di angoscia e di pena morale; elemento fondamentale, specifico della melanconia.

Ma vi ha di più, e nei melancolici le idee di auto-accusa hanno sempre un carattere passivo, di rassegnazione; si ripetono monotonamente, son divergenti, centrifughe.

Come si è detto, le idee di auto-accusa nei melancolici hanno sempre un'origine secondaria. Un tale carattere è importantissimo e degno di nota, poichè manca affatto nel delirio paranoico.

Le idee di auto-accusa nei melancolici, come in genere le concezioni deliranti, considerate nei loro rapporti con gli altri disturbi psichici; sono consecutive a disordini della cenestesi, emozionali, di abulia. Le idee deliranti, in breve, costituiscono dei disturbi fondamentali una pura e semplice traduzione esteriore.

Non è così nei paranoici.

Nel D. A. e nel B. il delirio di auto-accusa insorse primitivamente, localizzandosi e concretandosi nel cervello di individui con tendenze anormali innate e sopravvenute. Esso non era circoscritto, ma fin da princi-

pio si manifestò con tendenza a generalizzarsi e sistemarsi con novelle idee, le quali aggiunsero sempre più forza ed appoggio alla primitiva ed erronea convinzione.

Tanto il D. A. come il B. edificarono progressivamente un vero sistema delirante di esplicazioni, poichè partendo esse da un punto falso, si associavano con fina logica. I nostri pazienti non erano dominati da profondo sentimento di umiltà, come nei melanconici; invece dichiaravano la loro incapacità e viltà con certo orgoglio e sdegno.

Il D. A., specialmente, nelle sue relazioni col mondo esteriore, scrutava tutto con minuta analisi, e riferiva ogni cosa a sè stesso, sia in male che in bene. « Il telefono, esclamava il paziente, è una invenzione affatto moderna, e da essa deduco sempre più la mia ignoranza, il meritato disprezzo; poichè sempre ebbi poca voglia di lavorare ».

Un tale carattere egocentrico, od altrimenti *auto-filia* di Ball, è singolare nei paranoici.

Ma vi ha di più, ed il delirio di auto-accusa sistematizzato vien sempre esplicato con forma assai chiara, evidente e piena di convinzione; mentre nella melanconia l'auto-accusa si manifesta indeterminata, incerta, rassegnata. I pazienti non lottano, non resistono, si dichiarano bensì *umili, vili per aver tradili i propri figli, e sperano che il sagrifizio della loro vita possa bastare ai figli stessi, quale giustificazione delle colpe commesse.*

Ma esaminando con più minuta analisi le nostre storie cliniche, altri caratteri troviamo, i quali tanto fanno differenziare i nostri due pazienti dai veri e proprii malinconici deliranti. Il D. A., in particolar modo, volendo al suo sistema delirante di auto-accusa dare una traduzione esatta, di frequente rievocava idee e ricordi infantili, e così per gradi, arrivava a fatti anteriori

allo sviluppo delle sue più remote concezioni. « Io, diceva, sarò un essere sempre incapace, perchè all' età di dieci anni ebbi una malattia gravissima; più tardi mi compresero dispiaceri amorosi, e finalmente finii in galera ed al domicilio coatto ». Tale pensiero strano, ripetuto dal nostro paziente in maniera fissa e con convinzione, contiene evidentemente un delirio retrospettivo, perchè si riferisce a fatti ed avvenimenti occorsi in tempo anteriore. Ma i fatti stessi hanno pel malato un significato diverso da quello che ad essi viene accordato dal buon senso e dalla giusta critica, giacchè il D. A. li trasformava e modificava in armonia con le sue concezioni deliranti. In breve nel D. A. esiste un delirio *retrospettivo e metabolico* nel tempo stesso.

Anche nei melanconici il delirio di auto-accusa può rivestire il carattere retrospettivo. I pazienti, infatti, possono nel passato ritrovare un fatto reale, oppure immaginario, del quale ne esagerano la importanza, considerandolo come causa unica delle più recenti sofferenze. Quale abisso però fra le due manifestazioni retrospettive!

Nel D. A. ci trovammo di fronte ad un individuo, che, inteso col pensiero alla ricerca di dati e fatti in accordo con il suo delirio predominante, di sovente ricorreva col pensiero all'età sua remota, poi all'età adulta. Con pazienza ritesseva, riedificava la storia dell'una e dell'altra età; ed arrivato finalmente agli avvenimenti più remoti della sua vita, questi, guidato da una falsa critica, li metteva in diretto rapporto coi primi ricordi; risultando, in tal modo, una vera e propria creazione delirante.

I melanconici al contrario, con critica scialba ed assurda, rievocando un qualsiasi ricordo della loro vita pregressa; esagerano di esso al punto la importanza, da considerarlo causa unica di ogni morale loro sofferenza.

∴

Ho insistito finora sopra i caratteri differenziali più rilevanti nella melanconia con delirio e nella paranoia con idee di auto-accusa, poichè queste ultime, come più sopra feci notare, furono, per certi psichiatri, ritenute quali sinonimi del delirio melanconico. Ma il delirio melanconico non è mai sistematizzato. « La sistematizzazione delle idee importa uno svolgimento di esse nella rappresentazione del tempo; quindi memoria di fatti recenti o passati, e sforzo di coordinazione attorno ad una veduta fondamentale » (1). Invece il delirio è sempre limitato, si agita sempre entro lo stesso circolo di un pensiero dolorifico, nè può innalzarsi nella sua monotonia e povertà, ad una qualche concatenazione di idee, sotto forma di vera serie (2).

È vero che in certi deliri di auto-accusa, di natura melanconica, può qualche volta farsi evidente una certa energia di coordinazione ideativa. In simili casi ci troviamo, senza dubbio, davanti a forme intermedie, le quali, rivestendo ancora un tono finale melanconico, hanno del sistema paranoico acquistato le prime tinte, i caratteri più essenziali, ma non alcune delle note vere e proprie generatrici del delirio paranoico; quali *l'egofilia*, *l'intelligenza abnorme* per predominio di immaginazione subiettiva, *vivezza appercettiva*, *volizioni talvolta sostenute*. (3) Nè le idee di auto-accusa, come fu sostenuto da certi autori, sono generalmente le sole che rivestono la forma paranoica; mentre tutte le idee analo-

---

(1) Del Greco — Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii e condizioni patogenetiche — Man. Mod. 1 — 1896 — pag: 22-23.

(2) Richarz. — Schule, Handbuch ecc. nella Enciclopedia Ziemssen.

(3) Del Greco — Delirio e forme ecc. pag: 37.

ghe di umiltà e rovina possono nella melanconia rivestire ed acquistare la stessa forma.

Il Witkowski, in un lavoro consacrato alla nosologia della follia sistematica *(Verrücktheit)* nei suoi rapporti con la depressione melanconica, distingue una modalità intermedia fra la melanconia vera e la *Verrücktheit*; per la manifestazione di idee affatto melanconiche di dannazione, umiltà, auto-accusa, ecc., ecc. Ma, secondo l'A., in tali casi, è la *Verrücktheit* che costituisce il fondamento della malattia: ciò che l'A. potè desumere dallo insieme del delirio in sè stesso, affatto parziale, dall'andamento continuo della psicopatia, dalla sua sistematizzazione, dalla insorgenza delle concezioni deliranti, dalle variabili modificazioni emozionali non rivelanti affatto carattere melanconico.

Il Koch è della opinione stessa del Witkowski, poichè afferma che certi stati pseudo-melanconici appartengono più propriamente alla paranoia. I malati, dice il Koch, pensano di essere per sempre perduti, esprimendo nel tempo stesso idee di grandezza.

Il Meynert, passando in rivista le differenti forme di paranoia, descrive dei casi misti, i quali rientrano nel quadro della follia sistematizzata, poichè si manifestano con preoccupazione ipocondriaca e delirio di auto-accusa. Quest'ultimo però, secondo il Meynert, non corrisponde affatto al delirio di umiltà dei melanconici: ma rappresenta invece una derivazione del delirio di persecuzione. I malati, invece, desumono la loro colpabilità dall'attitudine del mondo esteriore di rimpetto ai loro atti.

Certi delirî di auto-accusa, apparentemente sistematizzati, i quali possiamo osservare nella melanconia delirante, non hanno, dal punto di vista della loro genesi psicologica, le condizioni generatrici dello schietto stato paranoico di auto-accusa; e neppure la durevole

umiltà e la perenne depressione melancolica costituiscono un antecedente psicologico.

In breve, il delirio di auto-accusa nella melanconia ha dei caratteri affatto distinti da quelli che si osservano nei delirî di auto-accusa dei paranoici, nei quali, generalmente, il disturbo mentale non si inizia con abulia e dolore mentale; elemento quest' ultimo indispensabile della melanconia delirante; e le emozioni stesse non si manifestano che sotto forma di reazioni.

Il delirio di auto-accusa nei melanconici rappresenta come il mezzo esplicativo del loro triste stato d'animo; nè si sviluppa d'emblée, come nei paranoici. Esso è nei melancolici sempre fisso, secondario, monotono, vago, nè si organizza a vero e proprio sistema delirante.

∴

Le idee di auto-accusa, allorchè (come giustamente afferma il Séglas (1)) si manifestano nella follia sistematizzata, anzichè rimanere isolate, possono associarsi con le idee di persecuzione in special modo, e formare così un sistema generale delirante.

La presenza in uno stesso individuo di più specie di concezioni deliranti fu messa in rilievo da Esquirol, il quale nel suo « Traitè des maladies mentales » afferma che « les diverses formes de délire peuvent se compliquer pour former des composés binaires, ternaires, etc. ».

Osservazioni di delirî multipli furono descritte da Delasiauve e Morel.

(1) Séglas. Leçons cliniques sur les Maladies mentales. Paris, 1895.

Lasègue (1), Garnier (2), Magnan (3), Kraff-Ebing (4), Déricq (5), Pichon (6) osservarono pure la coesistenza possibile in un medesimo individuo di più delirii di differente origine.

Il Ballet (7), più di recente, ha dimostrato in uno stesso soggetto la presenza di più idee deliranti, associantisi fra loro ed a contenuto vario, di auto-accusa cioè e di persecuzione.

« Ces pérsécutés, dice il Ballet, accusent les au-
« tres et se plaignent de leur agissements et de leur
« manoeuvres. comme il convient à de véritable persé-
« cutés; mais ils s'accusent avant tout eux mêmes. Ils
« ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétext de
« la persècution et qu'à eux reviennent les premiers
« torts. Ce sont des victimes, mais coupables et non, com-
« me le pérsécutés ordinaires, des victimes innocentes ».

Esaminando con giusto criterie un tale argomento, e riferendolo più specialmente al delirio di auto-accusa, diciamo che quest'ultimo, nella follia sistematica, o può esistere da solo, ed incarnare così tutta la personalità delirante dei malati; o si accompagna con delirio di persecuzione, rimanendo da quest'ultimo affatto indipendente. In altri casi le idee di persecuzione sono una dipendenza diretta delle idee di auto-accusa, delle quali costituiscono una fase obbligata; finalmente le idee di auto-accusa possono, alla loro volta, costituire una fase obbligata delle concezioni deliranti di persecuzione.

Che il delirio di auto-accusa possa esistere da solo,

---

(1) Lasègue. Délire des persécutions, 1852 et Alcoolisme subaigu, 1868, in Études médicales.

(2) Garnier. Gaz. hebd., 1880.

(3) Magnan. Arch. neurolog., n. 1.

(4) Kraff-Ebing. Lehr. der Psy., Stuttgard, 1881. B. 1.

(5) Dericq. Th. de Paris, 1886.

(6) Pichon. Encéphale, 1887.

(7) Ballet. Semaine médicale, n. 50, 1893.

e percorrere tutta la sua evoluzione, senza associarsi con idee di persecuzione: di ciò ci siamo più innanzi accertati, quando abbiamo descritto la storia clinica del B.

Si disse allora che il B., di intelligenza svegliata, visse nei suoi giovani anni una vita assai disordinata. Manifestò più tardi idee di auto-accusa, dichiarandosi infedele verso la propria moglie, accusandosi di aver commesso azioni turpi. Durante la sua degenza in Manicomio (un anno circa) scriveva e tornava a scrivere lettere alla moglie ed alle autorità di Milano dichiarandosi un malfattore, e ripetendo con insistenza alle autorità giudiziarie perchè lo condannassero.

Come dicemmo, un tale stato mentale si mantenne immutato fino alla morte del paziente (19 settembre 96); eccettuata una lieve decadenza psichica, avveratasi nel B. pochi mesi innanzi di morire.

Il paziente, infatti, manifestò in ultimo smemoratezza, ed un certo grado di apatia, senza però la scomparsa delle idee di auto accusa, ridotte soltanto d' intensità.

Ma se il delirio di auto-accusa, nella follia sistematica primitiva, può, con questa, percorrere tutta la sua evoluzione, senza subire trasformazioni nel contenuto delirante; non è men vera la coesistenza, con le concezioni deliranti di auto-accusa, di idee di persecuzione.

I rapporti che occorrono fra le idee di auto-accusa e quelle di persecuzione non si presentano però eguali in tutti i casi, in alcuni dei quali, come nel D. A., le idee di persecuzione rappresentano quasi una derivazione diretta delle prime.

Rivochiamo la malattia del povero D. A. nell' isola di Ponza. L'operazione anale l'aveva dapprima fatto triste, tristezza la quale si continuò poi in un vero delirio di auto-accusa. Osserviamo il paziente inveire contro sè stesso, col tacciarsi un essere inferiore agli al-

tri, un avanzo della specie umana, un deformato. Il D. A. si convinse più tardi che la propria deformità, la pusillanimità gli attirassero contro il disprezzo di altri uomini. Sospettoso dapprima dei parenti, dai quali credè essere deriso e schernito; a poco a poco rivolse i suoi dubbi e sospetti verso gli amici, e più tardi ancora si considerò il ridicolo di tutto il mondo. In questo caso la derivazione persecutoria dalle concezioni deliranti di auto-accusa appare naturale e spontanea.

In che maniera il D. A. trovò una esplicazione pressochè logica nella traduzione delle sue persecuzioni?

Tra i clinici psichiatrici ve ne ha alcuni i quali ammettono la insorgenza spontanea delle idee deliranti; altri ne attribuiscono la genesi a disturbi sensoriali.

A tal proposito noi siamo d'avviso come, anche nello stato normale della mente, lo sviluppo di una idea, per genesi spontanea, non concorda coi dati della moderna psicologia. E quindi non è ammissibile l'apparizione spontanea nel D. A. di idee deliranti; ma bisogna piuttosto ammettere nella sua psiche un lavoro preparatorio, incosciente, determinante una convinzione durevole e profonda nell'intima personalità del paziente, in rapporto coi precedenti ereditarii, individuali, affettivi, intellettuali.

Richiamandoci, infatti, alla memoria il carattere giovanile del D. A., esso, dicemmo, si manifestò sempre con orgoglio, vanità, diffidenza. Il paziente, più tardi volle fare il libero pensatore senza pensiero, il socialista senza società, il pazzo anarchico. Rinchiuso dapprima in carcere, poi mandato a domicilio coatto, diventò triste, senza però smettere il suo orgoglio e la sua caparbietà. Reso passivo nel libero sfogo delle sue guaste idee, cominciò a dubitare della propria capacità. L'operazione anale influì potentemente allo svolgimento più rapido del delirio: ed assistiamo così alla con-

vinzione profonda da parte del D. A. di essere o credersi un povero deforme, e quindi infelice.

In tal guisa gli elementi costituenti la personalità delirante, sono composti e sistematizzati in delirio vero e proprio di auto-accusa: questo andò acquistando sempre più forme gigantesche, ed il paziente così non smise di essere orgoglioso, di credere che tutto il mondo si occupasse di lui con derisioni e maltrattamenti.

È difficile, in questo caso, l'ammettere o creder possibile che i disturbi sensoriali abbiano direttamente potuto provocare nel D. A. l'apparizione di idee persecutive, poichè nel paziente i disturbi allucinatorii apparvero quali fenomeni contingenti o secoudarii.

Non basta; ed in altri incontri le idee di auto-accusa, nella follia sistematica primitiva, possono coesistere con quelle di persecuzione; senza però che tra le due varietà deliranti esistano tracce di una diretta e logica connessione.

M. G. è un ereditario: uno zio paterno morì pazzo, la madre fu isterica. Uomo di carattere riservato e poco comunicativo, si mantenne sobrio, e di buona condotta. A 20 anni circa, senza apparenti cause morali e fisiche, si iniziò in lui un vero delirio di auto-accusa, che in poco tempo acquistò carattere di delirio paranoico; ed il paziente, dopo cinque mesi fu condotto in Manicomio (1 di maggio 1893).

Di statura piuttosto piccola, di regolare conformazione scheletrica, il M. presenta un lieve strabismo convergente. Generalmente, di umore sempre depresso, è svogliato di lavorare; e giustifica tale svogliatezza dicendo aver dimenticato tutto, di essere senza cervello. Ogni tanto simili concezioni deliranti acquistano intensità maggiore, frammiste con allucinazioni dell'udito. Il paziente sente voci di consiglio e di conforto. Egli allora si fa inquieto, poichè riconosce sempre più la sua

impotenza, si rimprovera di aver mancato al compimento morale dei suoi doveri, e di sentirsi compromesso con tutti. Più tardi le idee di auto-accusa scompaiono, e nel paziente succede uno stato di relativo benessere psichico. Dopo 12 a 15 giornate il M. ridiventa inquieto, sopraffatto da idee di persecuzione, basate su di un fondo di orgoglio. Il paziente afferma essere una vittima della frammassoneria, ma più particolarmente di una donna, della quale rifiutò gli amori. Essa, a tutti i costi, si vendicherà di lui: di notte gli susurrava di volerlo avvelenare al mattino. Il M. si esalta allora, diventa sitofobo, aggressivo, violento; impreca contro il cielo e la terra. Le facoltà mentali, più tardi, si riordinano alquanto, e le stesse idee di persecuzione scompaiono quasi del tutto.

Sono oramai tre anni, che il M. si trova in Manicomio, e la successione delle idee deliranti, come il loro contenuto si manifestano costanti ed immutabili.

Ecco qui due sistemi deliranti svoltisi in uno stesso soggetto. ed indipendenti fra loro. Sono primitivi perchè il paziente non presentò disturbi di abulia, nè intenso dolore morale. Gli eccessi di emozione che pur si notarono, specie nella fase persecutoria; stanno a rappresentare semplici reazioni e passeggiere del sentimento.

D'altra parte M. è un ereditario, e le sue anteriori tendenze non furono immuni da anormalità di carattere, tanto frequenti nei paranoici. Il M., come dissi, ebbe sempre l'abitudine di parlar poco e di vivere da solo; e quasi sempre si manifestò triste e depresso.

Nell'M., le due varietà deliranti di auto-accusa e persecuzione, in luogo di rimaner monotone e fisse, si andarono organizzando in due sistemi diversi, nel senso definitivo di auto-accusa e persecuzione, con tutti i caratteri del delirio in genere della follia sistematica primitiva; e per la loro apparizione ed evoluzione, per la

sistematizzazione, pel singolare carattere egocentrico, e per la maniera stessa di ragionare del paziente, affatto convergente e centripeto; per la origine puramente intellettuale delle allucinazioni uditive; infine per la certezza e profonda convinzione con la quale il paziente esteriorava le proprie idee.

Quanta apparente diversità fra la insorgenza delle due specie di idee deliranti nel D. A. e nel M.!

Allorché il D. A. pensava e ripeteva le idee di auto-accusa, spontanee apparivano alla sua mente le conseguenze di esse. « Io sono un povero di spirito, diceva il paziente, e perciò tutti mi scherniscono e mi deridono ». Tale ragionamento, estrinsecato con logica serrata, dimostra a priori la derivazione persecutoria dell'auto-colpa. Il D. A non fu schernito, *quando era sano*, bensì *quando rimase deforme e deturpato.*

Nel D. A. si debbono forse considerare le idee deliranti di persecuzione come risultanti da un ragionamento astratto? Assolutamente no.

Tanto nel D. A. come nel M. le idee di persecuzione e di auto-accusa hanno le loro radici nella personalità psichica individuale dei pazienti in parola, intrecciando esse radici e sintetizzando tutto un sistema, fatto per gradi, di elementi affettivi ed intellettivi anteriormente morbosi e malamente costituiti.

Se nel D. A. le idee di persecuzione si deducono da quelle di auto-accusa, ciò non avviene in virtù di un puro e semplice sillogismo; ma in seguito ad un'elaborazione mentale lunga, inconsciente al malato.

In quanto alla comparsa delle idee di auto-accusa secondarie, in ordine di tempo, a quelle di persecuzione; diciamo subito come di frequente ci incontriamo in malati i quali, compresi intensamente da concezioni deliranti di persecuzione; si dichiarano i primi meritevoli delle accuse ad essi fatte, poichè trovano una ragione di

essere plausibile, sia in una loro infermità fisica, reale od immaginaria; sia in un fatto d'ordine morale.

In tali infermi le idee di persecuzione, benchè lentamente, si avvicinano a quelle dei melanconici, i quali, pur non restando di lamentarsi di nemici, di scherni, di disprezzi e vilipendii; tutto considerano un castigo giustissimo per i falli commessi. Però se le abnormità deliranti rassomigliano nella loro forma esteriore, le differenze sono tra loro sostanziali; come più sopra si notò a proposito dei caratteri generali del delirio sistematizzato.

L'aspetto delle idee di auto-accusa nella paranoia é vario. In uno dei nostri perseguitati con delirio sistematizzato di auto-accusa, questo si riferiva a disordini specialmente intellettuali. Il malato diceva: « Sono un imbecille, non ho più cervello perchè non comprendo; non riconosco quanto mi circonda: io non ho giudizio, nè memoria ».

Un altro paziente diceva: « Non penso con la mia testa, ché uno spirito maligno, incarnato in me, mi impone la sua volontà ».

Un terzo riferiva le sue auto-colpe a disordini puramente fisici: « Io, esclamava, ho i pulmoni putrefatti, sono debole, ho la vescica ristretta ». Il paziente che manifesta tuttora siffatte concezioni deliranti è un tal B., il quale le deduce dal perchè « i suoi persecutori, per mezzo di una certa macchinetta, gli immischiarono nel sangue un fluido di nauseante odore ed assai venefico. Questo fluido, continua il paziente, entra nel mio corpo, per un foro praticato nel ventre (ombelico), e di qui nelle vene e nei visceri, distruggendoli. Io, per esempio, sono senza fegato ».

Riandando i precedenti ereditarii del B. troviamo che il padre morì pellagroso, ed uno zio di un colpo apoplettico. Ha una sorella scema. Il B., a sua volta,

sortì un carattere freddo, irritabile, svogliato al lavoro, pieno di orgoglio, senza sentimenti. Più volte minacciò di morte i proprii genitori.

Sopra una natura psichica così pervertita, il sentimento di orgoglio, di gelosia, di disprezzo andò sempre peggiorando. Il paziente ebbe accessi di vero furore maniaco. In manicomio bestemmiò la provvidenza e Dio, accusò tutto il mondo dei mali e delle sofferenze che lo affliggevano; e più tardi descrisse i mezzi che i suoi persecutori impiegavano per tormentarlo: quindi ne derivò le conseguenze dannose alla sua persona.

E' il B. una vittima? Sì, ma non innocente, poichè sopporta, sopporta, e poi impreca e bestemmia. La sua è una imprecazione violenta, irosa, terribile.

E così fra alternative deliranti e stati succedentisi di calma ed eccitamento mentale, si perpetua ed insinua sempre più nel cervello del B. il veleno della tremenda insania.

Tanta elaborazione strana, assurda, incosciente si compie nell' infermo con le stessi leggi psicologiche, le quali regolano ordinariamente le idee coscienti.

Vi hanno però delle differenze.

Nello stato normale tutti gli elementi psichici tendono a riunirsi in una sintesi o sistema, giacchè, in stretta dipendenza ed armonicamente associati fra loro; informano, più tardi, tutta la coscienza personale.

Nel B. la sintesi delle sensazioni elementari, degli stati affettivi, dei fenomeni subcoscienti; ed in genere di tutte le nozioni anteriori semplici e complesse; si effettua, ma non per associare elementi psichici normali, poichè esiste deficienza di attenzione, di ragionamento, di percezione, per inquinamento congenito degli elementi stessi del cervello.

La sintesi, in tal maniera, riesce imperfetta ed incompleta, e per l' isolamento di alcuno fra gli elemen-

ti psichici, e per l'associazione di altri i quali, cooperando per una stessa funzione; portano dalla nascita innestato in sè stessi il germe della decadenza. Altra volta sono sintesi parziali e secondarie di elementi psicologici, che, funzionando per proprio conto, prendono il sopravvento sopra un certo numero di elementi psicologici, turbandone così la intima funzionalità.

In tutti i casi la risultante sarà sempre una percezione sbagliata delle nozioni anteriori e più recenti; e quindi una imperfetta determinazione della personalità.

Ma non voglio entrare in più fini dettagli di psicologia patologica, per non scostarmi dal tema che mi sono proposto.

Riassumendo, diciamo come nei delirii sistematizzati di persecuzione, seguiti da concezioni deliranti abnormi di auto-accusa; queste ultime, pur manifestando un carattere doloroso di umiltà, non sono affatto di natura melanconica, poichè non secondarie a stati di ansia o dolore morale. Nè, d'altra parte, costituiscono una conseguenza immediata, diretta delle idee di persecuzione; mentre il loro carattere egocentrico, orgoglioso, di lotta, si deve ad una sistematizzazione graduale di elementi affettivi ed intellettuali anteriormente lesi.

## III.

Concludiamo:

Volendo dalle osservazioni sopra descritte trarre qualche utile insegnamento, diciamo subito che il delirio di auto-accusa non rappresenta un sintoma fisso, di una determinata forma psicopatica. E, studiato da noi nella demenza paralitica, nella paranoia primitiva e nella melanconia delirante, si presenta con caratteri generali e speciali, proprii di queste forme mentali morbose. Nella *paralisi progressiva* il delirio di auto-accusa rap-

presenta un derivato di una condizione cerebrale anteriore resa fiacca, sia congenitamente, o per fatto sopravvenuto nell'infanzia, oppure all'epoca della pubertà. I pazienti, nei quali un tale delirio si manifesta, hanno invalidità cerebrale anteriormente allo sviluppo di esso: sono dei poveri deboli, degenerati, squilibrati psichicamente. Il delirio di auto-accusa, accompagnato o no con concezioni deliranti di grandezza, o persecuzione, come quest'ultime manifestazioni, ha dei caratteri singolari e preziosi a noi per un diagnostico differenziale fra le altre forme morbose psichiche. I malati, come si disse, rappresentano veri automi per la loro inattività volontaria, fisica e psichica. Con indifferenza considerano persone e cose, ed i fatti stessi che si svolgono intorno ad essi, non destano logiche riflessioni e conclusioni; passano inosservati, ed i pazienti così, ignari della loro situazione; malamente od affatto pensano a ricollegare il passato con l'avvenire.

Da tanta deficienza dello stato generale della intelligenza e della volontà, le concezioni deliranti traggono l'impronta, manifestandosi nel tempo stesso multipli, mobili, non motivate, contraddittorie.

Ricordiamo la fecondità immaginativa del povero W., il quale, con fenomenale rapidità, creava novelli delirii, modificando quelli esistenti nella sua psiche: il paziente nel tempo stesso si dichiarava supremo signore e povero derelitto, carico d'ogni colpa.

Di qui la derivazione mobile del carattere delle stesse idee, per mancato controllo e fissità attentiva. La fastosità, l'auto-colpa, la persecuzione, variamente circolano nella psiche in decadenza progressiva, senza lasciare le tracce del loro passaggio. Tali idee senza base, senza consistenza e non motivate, espresse dai pazienti in forma contraddittoria e prive affatto di logica conciliazione e coordinazione, riposando sopra un fondo

demenziale; non rassomigliano alle concezioni deliranti melanconiche.

Il delirio di auto-accusa mobile, diffuso, incoerente, contradittorio, da solo, in assenza di altri elementi morbosi mentali; basta, qualche volta, a metterci sulla retta via di un diagnostico esatto, od almeno il più probabile, specie nel periodo iniziale della demenza paralitica, quando cioè fan difetto altri segni patognomonici.

Nei paralitici le idee di auto-accusa possono essere continue, e subire così tutti i caratteri evolutivi della psiche in decadenza; oppure manifestarsi ad intermittenza, con remissioni negli stati intervallari, molto accentuate delle concezioni deliranti. Ho detto *con remissioni*, poichè nei nostri infermi non si osservò mai un riordinamento psichico completo; e continuandosi una certa diffidenza dei proprii atti; questa più tardi, esagerandosi, riproduceva novellamente le auto-colpe; in rapporto con le condizioni molecolari, chimiche, nutritive, anatomiche funzionali di elementi cerebrali in via di sfacelo.

•

Nella *paranoia primitiva* il delirio di auto - accusa ha dei caratteri particolari, proprii, i quali valgono a non confonderlo con le idee melanconiche. I nostri malati, presi in esame, innanzi lo sviluppo delle auto-colpe, osservammo compresi da un senso vago di tristezza, e prostrazione fisica e morale; qualche volta anche esaltati. Possedevano una mezza coscienza del loro stato, per la comparsa tumultuaria e confusa delle loro idee. Tesi con la loro mente, e preoccupati nella osservazione della loro personalità; erompevano qualche volta contro il mondo esteriore, del quale erroneamente percepivano e giudicavano le impressioni. La loro natura psichica, concentrando sempre più l'ira, l'orgoglio, o sprezzo, svolgeva, quale una derivazione naturale, il

dubbio, la lotta; riducendo i pazienti in uno stato di indecisione vaga, nel quale la mente esitava fra le più svariate idee, senza mai fissarne una. Più tardi scorgemmo i pazienti perplessi aggrapparsi a punti di attività maggiore della loro psiche, sui quali elevavano formidabile il monumento della loro delirante personalità. E monumento sorgeva, il loro parziale delirio prendeva forma e sistema.

Scorgemmo nei pazienti il fondersi degli elementi delle loro auto-accuse, sì da accettarle essi medesimi, e farle apparire con la veste del vero agli occhi estranei. Ripetevano con frequenza le loro colpe, che, manifestate con profonda convinzione e rigorosa logica; formarono come il centro verso il quale convergevano ancora abnormità ideative persecutorie.

Le idee deliranti di persecuzione come quelle di auto-colpa avevano una genesi spontanea apparentemente, o derivata per associazione logica delle idee; poichè erano dovute essenzialmente ad una natura psichica anteriormente male equilibrata. Sicché il delirio di auto-accusa anche secondario in ordine di tempo a quello di persecuzione, non di questo costituiva una fase obbligata.

Nella follia sistematica primitiva il delirio di auto-accusa conserva tutti i caratteri dei veri deliri parziali; e cioè è primitivo in rapporto all' insieme dei disordini psichici, semi cosciente od affatto incosciente, dominato da sentimenti di orgoglio.

Il modo di ragionare dei nostri paranoici era convergente, e le auto-colpe convinte e resistenti, ma non rassegnate.

Il delirio di auto-accusa può esistere da solo nei paranoici, ed informare così la loro personalità psichica per tutta la vita. In altri casi le auto-colpe, pur rimanendo le idee predominanti di un organismo psichico

possono associarsi con delirio di persecuzione. Quest'ultimo, in qualche nostro caso, apparve quale un logico derivato di un' auto-colpa; in altri invece si rilevò quale una manifestazione affatto indipendente e ad intermittenza; conservando tutti i caratteri del vero e proprio delirio paranoico di persecuzione.

In breve:

Il delirio di auto-accusa, nella follia sistematizzata primitiva, ha gli stessi caratteri dei delirii paranoici in genere. Esso ha importanza più o meno considerevole, in riguardo alla diagnosi e alla prognosi, poichè da solo può inquadrare tutta una forma mentale degenerativa.

Considerate come sintomo sopraggiunto, le idee di auto-accusa conservano sempre i caratteri dei delirii paranoici.

La genesi del delirio di auto-accusa nei paranoici non è spontanea, ma rappresenta l' esagerazione patologica di tendenze anteriori anormali; manifestantisi in seguito a lunga elaborazione psichica, il più spesso incosciente, e sempre oscura al paziente che la sopporta.

---

**Istituto di medicina legale e psichiatria**
**Prof: *Sadun* Pisa.**

# LESIONI DELLA CORTECCIA CEREBRALE

in seguito

## AD ALTERAZIONI SPERIMENTALI DEL SIMPATICO CERVICALE

DEL

D:r URBANO ALESSI

Aiuto

Soltanto l'osservazione che negli animali inferiori, (che vivono, per così dire una vita vegetativa) il sistema nervoso è rappresentato da gangli appartenenti al simpatico, ci fa supporre con ragione che il simpatico stesso regoli l'equilibrio nella nutrizione dei varii organi, come il midollo spinale regola le funzioni di movimento, e il cervello tutte le domina coordinandole ad uno scopo.

Che il simpatico eserciti un'azione importante sulla nutrizione degli organi che ne ricevono le diramazioni è già dimostrato da alcuni lavori in proposito. Così il Cristiani (1) in due pubblicazioni ha messo in evi-

(1) Cristiani. Alterazioni della fine struttura della corteccia cerebrale consecutive al taglio del simpatico cervicale (in corso di pubblic: Riv: sperim: di fren: e med: leg: di Reggio-Emilia.)
Cristiani. — Meningo-encefaliti infettive e tossiche dopo il taglio del simpatico cervicale — Riv. di pat: nerv: e mentale: Tanzi 1896 fas: 6.

denza il fatto che in seguito al taglio del simpatico cervicale; si hanno alterazioni della corteccia cerebrale alterazioni che si fanno più appariscenti e più gravi per l' iniezione in circolo di sostanze tossiche o infettive, risultando così la corteccia un locus minoris resistentiae per la localizzazione di un processo morboso.

Relativamente al rene per es. il Trambusti e il Comba (1) studiarono le lesioni di queste viscere in seguito all' estirpazione del plesso celiaco.

Tenuto conto di questi lavori e degli esperimenti sia di Cavazzani, (2) (che dimostrò la localizzazione primaria sul simpatico delle infezioni e intossicazioni), sia di Poincarè et Bonnet per le alterazioni del simpatico negli alienati, come pure dell' Angiolella (3) nei paralitici generali, e di Echeverria negli epilettici; tenuto conto, ripeto, di questi esperimenti pensai d' instituire alcune ricerche dirette a verificare se l' irritazione permanente dei gangli del simpatico cervicale (ciò che clinicamente equivale a malattia di questi), avesse riscontro in qualche lesione del mantello cerebrale.

Le lesioni della corteccia cerebrale le ho studiate prima in seguito alla lesione del simpatico; poi in seguito a questa, più iniezioni di prodotti microbici e di colture pure di microrganismi. Mettevo allo scoperto il simpatico cervicale di ambedue le parti e poi irritavo il ganglio superiore con tintura di iodio.

Dopo 24 ore poi in alcuni animali iniettavo nella ve-

(1) Trambusti e Comba. Influenza delle alterazioni del sistema nervoso sulle localizzazioni e sul decorso dei processi infettivi. (Sperimentale. 1895.)

(2) A. Cavazzani. Alterazioni istologiche del simpatico nelle malattie infettive e nelle intossicazioni. Riforma medica 1894.

(3) Sulle alterazioni dei gangli del simpatico nella paralisi progressiva (Il Manicomio moderno. 1894).

na marginale dell' orecchio i prodotti di colture pure di piogene aureo. Qualche volta lasciavo che gli animali morissero, altre volte li uccidevo. Il cervello veniva indurito, o nell'alcool, o in soluzione di sublimato corrosivo all' 1 0[0.

Le sezioni le coloravo colla tionina, colla fucxina acida e col carminio alluminato. Per ogni animale poi prendevo un frammento di corteccia e la trattavo col metodo Cajal.

*Irritazione del simpatico cervicale con tintura di iodio.*

Uccidendo gli animali dopo 5 o 6 giorni dall'operazioni notai dilatazioni degli spazii perivasali e qualche volta rigonfiamento dell' intima, senza però proliferazione nucleare, nè infiltramento leucocitico circostante ai vasi.

La reazione cromo-argentea metteva in evidenza varicosità molteplici e spezzature specialmente nei prolungamenti protoplasmatici delle grandi cellule piramidali: in pochi preparati e in poche cellule trovai la forma a rosario del prolungamento cilindrassile.

Anche le lesioni protoplasmatiche non erano molto gravi, infatti si limitavano (metodo Nissl) alla frammentazione della parte cromatica in zolle non sempre colorate uniformemente e divise spesso da linee discolorate. Qualche volta attorno al nucleo si vedeva un alone circolare più rifrangente e scolorato ma non trovai mai lesione del nucleo stesso. I prolungamenti discretamente conservati per la forma si mostravano situati trasversalmente, in ispecie i protoplasmatici. Queste lesioni del resto a preferenza, come già ho accennato si riscontravano nello stato delle grandi cellule piramidali e anche nelle piccole, ma assai meno evidenti nelle polimorfe e nello stato molecolare, dove non vi era altro che leggera dilatazione vasale, nella pia ma-

dre niente di notevole, come pure nelle fibre nervose cerebrali (Weigert).

*Irritazione del simpatico cervicale con tintura di iodio e iniezione nella vena marginale di prodotti di culture pure di piogene aureo.*

Uccisi gli animali dopo 5 o 6 giorni, trovai che le lesioni erano molto più estese e più gravi che nei casi precedenti.

I vasi, sia della pia che della corteccia cerebrale oltre ad essere dilatati, presentavano spesso forte alterazione dell' intima, fino in qualche vaso alla formazione di trombi. Molti vasi poi mostravano infiltramento leucocitico nello spazio perivasale.

Colla reazione cromo-argentea gli elementi cellulari si mostravano ora angolosi ora raggrinzati, con prolungamenti protoplasmatici tronchi alla base e nel loro percorso, ed il prolungamento cilindrassile tortuoso, varicoso, e spesso a rosario.

Esaminati i preparati col metodo di Nissl in molte cellule si notava un processo di vera necrosi, con disfacimento cioè di tutto il corpo cellulare e dei prolungamenti. All' intorno e nell' interno della massa necrosata cellulare vidi più volte elementi rotondi e fortemente colorati che potevano dirsi leucociti. Altre cellule presentavano le varie fasi della cromatolisi, mostrandosi alcune col protoplasma diviso in zolle cromatiche più o meno grandi, altre con incipiente alterazione del nucleo, e altre infine con interruzioni nei prolungamenti e con nucleo spostato alla periferia. Anche nei preparati, dove il processo necrobiotico era più evidente, le maggiori lesioni si riscontravano nello stato delle grandi cellule piramidali.

Queste mie ricerche sperimentali vengono a dimostrare che non solo lesioni del mantello cerebrale si

hanno per il taglio del simpatico cervicale, come già ha dimostrato il Cristiani (1), ma che lesioni si hanno ancora quando si irritano i ganglii simpatici cervicali, ciò che avvicina l'esperimento a quello che realmente può accadere nell'uomo. Non per questo però credo che si possa concludere che molte alterazioni della corteccia dipendono da una localizzazione primitiva del processo morboso nei ganglii del simpatico cervicale, bensì va ritenuto che un'alterazione di questi induca nel cervello una minore resistenza.

E' discutibile quale sia la ragione fisiopatologica di questa minorata resistenza.

Deriverà essa da un disturbo trofico ( nel senso dei sostenitori del trofismo ), oppure dall' alterata innovazione dei vasi cerebrali? Colle cognizioni che abbiamo sulla fisiologia del simpatico cervicale non è possibile sostenere la sua azione trofica direttamente sulle cellule, ma invece bisogna pensare che accada un disturbo nella distribuzione del sangue nel cervello come già lo dimostrano le esperienze di Claudio Bernard e di altri. Partendo da questo concetto riesce più facile di intendere la ragione di queste lesioni. Sappiamo infatti che in ogni sezione del nostro corpo, mercè il sistema d' innervazione vasomotrice, circola una quantità di sangue necessaria per la nutrizione degli elementi. D'altra parte però questo contiene dei materiali tossici formatisi per il ricambio organico, ma che a condizioni normali non arrecano nessun disturbo, e forse potranno avere un'azione stimolante sugli elementi stessi. Questo è ciò che accade normalmente, ma è facile intendere che in una data sezione del corpo l'azione tossica del sangue può aumentare per due con-

(1) Loc. cit.

dizioni: *I. per aumento della tossicità totale del sangue*; *II. per disturbo della circolazione.*

Tutti gli studii sulle lesioni consecutive alle varie infezioni e intossicazioni dimostrano chiaramente il modo di agire della prima condizione suddetta.

Le osservazioni invece del Cristiani e queste mie stanno ad indicare che anche un disturbo d'innervazione vasale è sufficiente a produrre lesioni cellulari, sia per stato anemico prodotto, sia iperemico (ciò che adesso non interessa a me di risolvere), dipendendo nel primo caso da insufficiente nutrizione e stimolazione, nel secondo da eccessi di materiali tossici che nell'unità di tempo passano in una limitata sezione del corpo.

Che l'azione del simpatico cervicale sulla nutrizione del cervello si eserciti attraverso le pareti vasali ce lo fa supporre la scoperta dell'Obersteiner, di una rete nervosa attorno alle pareti di piccole arterie della pia madre cerebrale.

Con questa interpretazione non intendo di voler sostenere un'ipotesi del tutto scevra da critica, ma di riferire le lesioni riscontrate ad un meccanismo d'azione più comprensibile per le nostre cognizioni, a confronto dell'ipotesi dell'azione trofica.

Rendo intanto sentite grazie al Direttore dell'Istituto per avermi permesso di compiere queste modeste ricerche.

# Intorno ai rapporti dell' Antropologia Criminale

## COLLA MEDICINA LEGALE E COLLA PSICHIATRIA (1)

DEL

PROF. ANGELO ZUCCARELLI

---

L'Antropologia criminale, pur avendo molti punti di contatto colla Medicina Legale e con la Psichiatria, non può essere parte nè dell'una nè dell'altra, ma è scienza a sè come obbietto, ricerca e corpo di dottrina, e tale quindi dev' essere anche nell' insegnamento.

Difatti, quanto alla *Medicina Legale,* essa trovasi coll'Antropologia Criminale in identici rapporti che con le altre branche scientifiche. Come scienza eminentemente di applicazione, essa applica allo scopo forense i risultamenti dell'Antropologia Criminale, al modo stesso come applica i risultamenti della chimica, della fisica, della patologia chirurgica e medica, dell' ostetricia, dell'anatomia patologica, della batteriologia, ecc.; e come per queste così per quella, non è a confondere, con l'applicazione dei risultati ad un dato scopo, la somma stessa dei fondamenti, delle ricerche e delle conoscenze e dottrine concretate e da concretare di queste varie scienze; somma costituente l'essenza di ciascuna di es-

---

(1) Comunicazione al IV Congresso di Antropologia Criminale a Ginevra.

se. La cosa è per sè chiara ed evidente, da non richiedere, credo, maggiore dilucidazione.

Cosicchè la Medicina Legale, mentre prende dall'Antropologia Criminale, non è e non può essere l' Antropologia Criminale stessa.

Viene la *Psichiatria*. Con questa l'Antropologia Criminale ha più specialmente di comune i metodi clinici di osservazione e valutazione dei disordini psichici, come ha comuni colla Patologia Speciale Medica e colla Neuropatologia in ispecie i metodi clinici di osservazione e valutazione dei disordini funzionali ordinarii.

Ma consiste solo in ció l'Antropologia Criminale ? No, certamente.

Vi ha' innanzi tutto di specifico e fondamentale lo studio diretto, ampio, minuto della morfologia antropologica, individuale ed etnica, esteriore ed anteriore, sicchè è definita « Storia Naturale dell' uomo delinquente ». In tale studio essa attinge metodi e mezzi di osservazione dall'Antropologia generale o pura; attinge largamente dall'Anatomia o Fisiologia comparata per l'apprezzamento e valutazione onto-filogenetica delle varie forme e sviluppi anatomici; attinge dalla Patologia comune e all'Anatomia patologica per l' apprezzamento e distinzione delle forme a base di comuni processi morbosi e di quelle per evoluzione anomala e revisione atavica.

E su tal punto non occorre, per la gente che sa, fermarsi da vantaggio. Basta ricordare l' estensione assoluta e l' interesse destato in questi ultimi tempi solo di alcune di tali ricerche morfologiche, come quelle delle ossa craniche soprannumerarie bregmatiche, interparietali e pre-interparietali; delle anomalie del palato e dei denti; dello sviluppo del 3.° molare, ecc., le varie interpretazioni e teoriche, l' ampio e appassionato controllo, le larghe discussioni in proposito, per convincer-

si che ce n'è ben troppo di terreno proprio per percorrere una via a sè e ricercare, studiare, incrementarsi e svolgersi separatamente dalla Psichiatria e dalle altre branche scientifiche, e solo coll'opportuno sussidio e complemento di esse. Reciprocamente la Psichiatria trae profitto e s'avvantaggia anch'essa per i suoi scopi dei risultamenti di queste ricerche morfologiche, ampie estese profonde, fatte di proposito dall'Antropologia Criminale.

Ma non basta. C'è ancora di specifico tutta una sintomatologia fuori dell'ambiente del manicomio e dell'ospedale comune (.palimsesti, gergo, costumi e abitudini di camorra, mafia, ecc. ), che bisogna andare a studiare nel carcere, nei ridotti, nel postribolo, nei bassi e sozzi ambienti sociali.

C'è poi lo studio, fatto colla maggiore ampiezza ed estensione, della etiologia, e specialmente dei molti, gravi e complessi momenti etiologici sociali, non più come criterio soltanto di diagnosi, prognosi e cura individuale o di famiglia, ma specialmente e massimamente a scopo profilattico sociale, da metter bene in evidenza le cause e i processi della degenerazione criminosa, avvisare ai mezzi efficaci per prevenirli e combatterli e assorgere ai più opportuni e provvidi ordinamenti etico-educativi, economici, giuridici e penitenziarii. Per tal lato l'Antropologia Criminale, a preferenza d'ogni altra scienza biologica, presenta il più largo ingranaggio colle scienze etico-giuridico-sociali. E questo è l'altro campo specifico, di peculiare ed altissima importanza, che non può essere l'obbietto proprio e principale della Psichiatria, nè di alcun'altra scienza per quanto affine, e che vale a dare da sua parte impronta corpo e figura *sui generis* all'Antropologia Criminale. Per tutte queste ragioni, adunque, l'Antropologia Criminale non può essere fusa o confusa colla Psichiatria e

molto meno può esser parte di questa. Ed essendo così in sostanza, così dev'essere anche didatticamente. Cosicché concludo, da quanto innanzi si è detto parmi risulti ben chiaro:

1.º Che l'Antropologia Criminale, mentre, nel campo delle affinità ed ingranaggi vicendevoli odierni fra tutte le scienze, attinge a varie branche scientifiche metodi e dati, reciprocamente ne fornisce pure a sua volta ad altre scienze, rimanendo una scienza a sè con fondamento, campo di ricerche, obbiettivo suo proprio, da non poter esser parte di alcun'altra.

2.º Che tale essendo come entità scientifica, tale dev'essere anche nell' insegnamento, e quindi deve avere una cattedra a sè, separata dalle altre, in conformità anche dei voti espressi dai precedenti Congressi.

3.º Che, come posto, essa costituisce il più immediato e largo ingranaggio tra la Biologia e la Sociologia.

*Napoli, agosto 1897.*

---

*Laboratorio di Fisiologia e di Anatomia Normale microscopica della R. Scuola Superiore di Milano diretto dal Prof. Sertoli.*

# Alterazioni anatomiche del Midollo spinale

## NELLA PELLAGRA

### Nota preventiva

DEL DOTT. ENRICO ROSSI

Il metodo di Nissl, prezioso per lo studio della struttura fina del citoplasma degli elementi cellulari nervosi non alterati; applicato agli stati patologici degli elementi stessi nei pellagrosi, riesco proprio elegante e sicuro, poichè ci permette di riconoscere la parte lesa, ed il grado stesso della lesione.

Un tale studio, che pur richiamò l'attenzione di distinti pellagrologi, fu fatto, ma incompletamente, poichè i mezzi ed i metodi di tecnica microscopica adoperati dagli osservatori non furono completi.

Per le ricerche microscopiche adoperai, con dovute modificazioni che dichiarerò in seguito, il metodo di Nissl, ed ecco, in riassunto, i risultati generali degli elementi cellulari del rigonfiamento cervicale, della regione dorsale e del rigonfiamento lombare di un pellagroso.

Esisteva alterazione quasi costante del citoplasma, però l'intimo processo anatomo-patologico in alcuni elementi consisteva in una semplice frammentazione della parte cromatica, in altri si aveva riduzione di essa, fino alla scomparsa completa della sostanza cromatofila medesima.

Tale scomparsa si rivelava nelle cellule per una colorazione, che esse acquistavano, assai shiadita ed uniforme con corpo cellulare deformato, e nucleo, il più spesso, rattratto e spostato alla periferia del corpo cellulare.

In altri elementi, nei quali il processo di cromatolisi era meno intenso ed esteso, si aveva disgregazione parziale della parte cromatica, con l'esistenza di filamenti e zolle cromatiche in parte sparse intorno al nucleo, ed in parte continuantisi nei filamenti cromatici dei filamenti dentritici. In alcune cellule, però, i prolungamenti protoplasmatici erano affatto scomparsi, o coinvolti, più o meno intensamente, nel processo di cromatolisi.

Il nucleo, negli elementi cellulari meno inquinati, presentavasi d'aspetto normale, con nucleolo ben netto.

Il reperto costante, che si osservò in quasi tutte le cellule delle corna anteriori e posteriori della midolla spinale, fu la presenza di una zolla più o meno estesa di un pigmento giallo-chiaro, accumulato ora in un punto periferico della cellula, ora al centro ed attorno al nucleo; o comprendendo il nucleo stesso, con la scomparsa del medesimo.

Riservandomi in un prossimo mio lavoro, illustrato con opportune tavole, di riferire minutamente i particolari microscopici degli elementi nervosi delle diverse regioni della midolla spinale; mi preme, in questa nota, far rilevare come *il processo di cromatolisi del citoplasma delle cellule gangliari, nella pellagra, può manifestarsi variamente, con una cromatolisi parziale, fino alla degenerazione diffusa della sostanza cromatofila, od alla scomparsa completa di essa; con partecipazione del nucleo e dei prolungamenti dentritici.*

*17 luglio del 97.*

---

# PSICHIATRIA FORENSE

*R.° Manicomio di Lucca*

# IN CAUSA D'OMICIDIO

## SULLO STATO DI MENTE DI F. C.

### Perizia psichiatrica

PEL DOTT ANDREA CRISTIANI

VICE-DIRETTORE (*)

F. C. di anni 38, incisore, scapolo, nato e domiciliato in L. la sera del 14 Maggio 1896, verso le ore 22, in L. in via N. aggrediva a colpi di stile un gruppo di donne, che di lá passavano, dirigendo i suoi colpi contro G. T. la quale sembra che non avesse dato ascolto a dichiarazioni amorose rivoltele dallo stesso F. Questi mentre vibrava i suoi colpi omicida cadde in terra e dai Carabinieri, lì presenti al fatto e che gli furono subito addosso, fu immantinente disarmato ed arrestato, senza che egli facesse resistenza od altro.

L'autorità inquirente, dall'esame dei fatti venuta in sospetto sulla normalità delle condizioni mentali del F. dava a noi l'incarico di una Perizia psichiatrica in cui ci furono proposti i seguenti Quesiti.

---

(*) Ringrazio sentitamente il collega dott. cav. Massimo Del Carlo della gentilezza di avermi voluto a compagno e relatore in questa Perizia.

I.° Se e di qual forma di alienazione mentale è affetto il F.

II.° Se lo era anche quando commise l'atto criminoso.

III.° Se data l'alienazione mentale al momento del delitto egli era così malato di mente da mancargli del tutto od in parte la coscienza e la libertà dei propri atti e quindi la responsabilità.

Il caso grave e difficile ci persuase la necessità di prendere dalle carte processuali le notizie che potevano interessarci, di procurarcele pure mediante le più estese e minute indagini anche privatamente e sopra tutto del bisogno di una lunga osservazione dello imputato condotta con rigoroso metodo scientifico.

Dividiamo la nostra Perizia in due parti, nella prima ci occupiamo della indagine dei fenomeni morbosi, la quale è un lavoro in massima parte analitico; nella seconda esporremo le deduzioni positive o negative che derivano logicamente dalle fatte ricerche, la cui sintesi includerà una risposta categorica ai propostici Quesiti.

## I.

Anamnesi. Il F. ha ereditato dalla sua famiglia, tanto dal ramo paterno quanto dal ramo materno, una larga predisposizione alle malattie nervose e mentali, alla delinquenza, non che ad altre due malattie tanto frequenti fra le cause di malattie mentali e della stessa delinquenza, voglio dire cioè l'alcoolismo e la tubercolosi.

Cominciando infatti dal ramo materno noi troviamo la madre del F. neuropatica ed affetta di alienazione mentale sotto forma di Paranoia rudimentaria con idee deliranti a contenuto ipocondriaco e persecutorio. La Nonna materna morì di aploplessia cerebrale.

Dal lato paterno la Nonna del padre del F. morì di apoplessia cerebrale. Il Nonno del F. era alcoolista e specialmente durante il periodo dell'intossicamento alcoolico diveniva prepotente, rissoso, violento, aggressivo, brutale, anche con le persone più care di sua famiglia.

Uno Zio del F. era pure alcoolista e a mano armata e con lunga e fredda premeditazione commise un tentativo di omicidio a scopo di vendetta contro la fidanzata, la quale per la di lui condotta sregolata ed immorale l'aveva abbandonato. Un altro Zio è stato sempre strano, eccentrico, neuropatico; è anche alcoolista e in un eccesso alcoolico commise esso pure un tentativo di omicidio a mano armata, tirando col revolvere, ferendone uno, su un gruppo di amici che egli aveva invitato in casa sua a bevere e senza che vi fossero rancori, alterchi, risse etc., ma al solo scopo di far vedere come ci voleva niente ad ammazzare un uomo.

Un fratello del F. ha presentato una certa depravazione morale; era ozioso e vagabondo, vizioso, sempre insieme a cattivi compagni a commettere ogni sorta di sregolatezze ed immoralitá, tanto che il padre, per ricondurlo sul retto sentiero della vita, lo fece più volte richiamare dalla Questura.

Come dicemmo nella famiglia F. si riscontra anche la Tubercolosi, di cui sono morti diversi membri della famiglia del padre del F.

Passiamo ora agli antecedenti personali del F. Questi, per quanto di robusta costituzione fisica, ha sofferto varie malattie degne d'importanza e di cui più sotto parleremo. Fino dall'infanzia rivelò carattere amante della solitudine, melanconico, taciturno, cupo, chiuso in sè, poco affettuoso, strano, eccentrico, volubile, capriccioso, irritabile, manesco, indocile, incorregibile. Quanto allo sviluppo mentale mostrò precocità, tanto che rivelava svegliatezza di mente e mostrava di imparare più assai che nol comportasse la sua età, ma ben presto subentrò e andò poi sempre in modo continuo e progressivo fácendosi maggiore un arresto nello sviluppo mentale

A 9 anni circa gli cadde sulla testa, ed ancora se ne scorge la cicatrice sulla regione parietale destra, un pesante armadio. Questo traumatismo dette luogo a fenomeni per quanto non gravi e transitori, di commozione cerebrale.

A 13 anni circa il F. ebbe il tifo con gravissimi fenomeni cerebrali consistenti in coma, che durò circa 45 giorni. La convalescenza poi fu molto lunga, di circa 6 mesi,

Guarito del tifo si accorsero però in famiglia che il F. era peggiorato nel carattere morale, la cui anomalia ed una certa depravazione sempre più si accentuava, nel mentre che ora si era reso evidente anche una notevole debolezza mentale.

A 18 anni circa ammalò di nuovo e gravemente e a lungo di Poliartrite reumatica con alte e protratte febbri.

Il F. cresciuto così e trovandosi ora negli attriti della vita rivela meglio e sempre più la sua debolezza mentale e depravazione morale.

In fatti ad onta di tante affetuose cure e di tanti sacrifizi pecuniari della sua famiglia dopo aver cambiato scuole e maestri, il F. fatto adulto sa leggere e scrivere appena come se fosse di condizione sociale di gran lunga inferiore a quella cui egli appartiene. Legge e scrive stentato, ha una calligrafia volgare, commette molti errori grammaticali.

Era fanatico di letture romantiche e fantastiche. Comunque però l' elaborazione e l' assimilazione mentale erano in lui tanto manchevoli che egli poco o nulla era progredito nella cultura intellettuale e nell' educazione affettiva e morale, da essere al medesimo livello di chi appartiene ai più bassi strati sociali.

Con una volubilitá, pari al fanatismo col quale da principio vi si dedicava, cambia e ricambia nella scelta delle occupazioni ( disegno, musica, letterattura, meccanica, l' arte del padre ecc. ) Come accade spesso negli individui affetti di Imbecillità rivelava una certa attitudine alla meccanica. Del resto non solo non impara alcuna professione, arte o mestiere, ma anche quando il Babbo disperato e datosi per vinto prende con sè nel suo Negozio il figlio, tanto perchè questi l' aiuti come può e quando gli piace, anche allora si vede il F. non riuscire, o malamente, nelle cose più semplici e materiali, svogliato nel lavoro, senza attenzione, nè impegno, abbandonarlo spesso per eseguire dei gingilli ecc. o abbandonarlo affatto, anche per dei giorni di seguito, per darsi interamente all' ozio, al vizio.

Non mostra alcun dispiacere, alcun pentimento, alcuna vergogna di non aver imparato alcuna professione, arte, o

mestiere, di non essere nemmeno buono a farsi le spese da sè stesso col lavoro, di essere sempre di aggravio alla famiglia, mentre tutti gli altri suoi fratelli lavoravano e guadagnavano. Non idoneo a guadagnarsi còl lavoro il pane, senza mezzi di fortuna, non si preoccupa affatto del suo stato, del suo avvenire.

Il F. non ha affetto nè per quelli di famiglia, nè per gli estranei. É arrivato al punto di stare dei mesi senza mettere piede nella camera del Babbo gravemente malato in letto. Egoista all' eccesso è tutto per sè, niente per gli altri. Dominato interamente dagli istinti più bassi, egli che mal rispondendo alle cure ed agli sforzi della sua famiglia non ha alcuna professione, arte o mestiere, che è altrettanto inetto a qualsiasi lavoro quanto svogliato ed ozioso, da non riuscire in una parola a guadagnarsi da vivere ed è tutto di aggravio alla sua non doviziosa famiglia, vuol mangiare e bere bene e intollerante non aspetta nemmeno un minuto dippiù quando è l' ora di pranzo o di cena, ancorchè il ritardo provenga dalle occupazioni e dal lavoro, del Babbo. Vuol tutte lui le cose più prelibate, mangia nel modo il più ineducato, ingordo, vorace, insaziabile, veramente bestiale e pur di avere ghiottonerie non solo ricorre all' arroganza, alla prepotenza, alla violenza, ma anche al furto. Vuol comandare a tutti ed in tutto, vuole tutto a modo suo e la più piccola contrarietà lo fà andare nelle furie e trascendere a vie di fatto anche contro la stessa mamma. Con i fratelli, specie con la sorella, è prepotente, violento, brutale. Non ha un amico, ma soltanto pochi conoscenti, scelti fra i peggiori dei compagni, con i quali in modo incostante, variabile, saltuario va a passare il tempo nel vizio.

Vero misantropo sta spesso e a lungo chiuso solo nella sua camera, dove assolutamente non vuole che, lui assente o presente, nessuno entri, nemmeno il Babbo, o la Mamma; sfugge sempre, in casa e fuori, la compagnia, melanconico, taciturno, cupo, chiuso in sè, volubile, capriccioso, eccentrico, strano.

Racconta infatti, il testimone R. quanto appresso: . . .

Talvolta egli (il F. che si noti era già grande) andava nella stanza superiore a quella del mio negozio e appoggiata la schiena al muro e strisciandola dall'alto al basso emetteva delle voci imitando il sono del tamburo, e ciò faceva per tre o quattro ore di seguito. Altre voite si chiudeva in altra stanza del mio negozio ed ivi per ore col pugno batteva la gran cassa nella porta accompagnadola colla voce . . . Perfino di recente ha commesso fatti propri di bambini come sarebbe togliere il cappello ai lavoranti e gettarlo via e simili . . . Alle osservazioni che io gli facevo rispondeva con una risata . . . Il testimone M. dice: . . . Alcuni anni or sono egli (il F.) tentò di avvelenarsi bevendo del sublimato corrosivo, un' altra volta si chiuse in casa in una stanza e dette fuoco a dei libri e, se non era sollecito il padre, avrebbe bruciato la casa. Raramente veniva a lavorare e stava molto chiuso in casa e ivi urlava, ballava, faceva insomma cose da matti. Ha la mania di fabbricare stili e suo padre gliene ha tolti parecchi. Il testimone L. così si esprime: . . . Anche nel caffè (dove lui ed il F. frequentavano) dai suoi atti (cioè del F) . . . si capiva che era semplice (il F.) o come suol dirsi gli manca un venerdí.

Il F. poi mostrò sempre ed in ogni cosa una vera insensibilità, tanto agli affettuosi consigli, quanto alle severe punizioni dei genitori, maestri, padroni; una vera incorreggibilità.

Il F. inoltre ad accrescere la sua debolezza mentale e la sua depravazione morale ebbe anche la sfortuna di darsi in questi ultimi anni all'abuso di bevande alcooliche, fino a trovarsi spesso ubriaco, come sentiremo più sotto affermarlo anche da vari testimoni. Naturalmente queste spiegarono subito la loro azione deleteria sullo stato mentale, già profondamente alterato, del F.

Egli, da principio dopo eccessi alcoolici, ma poi più tardi anche senza l'intervento diretto di questi e a distanza da loro, comincia a soffrire di cefalea, pesantezza di capo, torpore e confusione mentale, oscuramento della vista, vertigini, offuscamento della coscienza, insonnio, malessere va-

go e indeterminato, inquietudine psichica, senso di ambascia, tedio della vita, tendenza al suicidio, idee vaghe e sfumate di persecuzione, estrema e veramente morbosa irascibilità, scoppi esplosivi d'ira, i quali affatto sproporzionati alla causa determinante, talvolta nemmeno giusta, talvolta nemmeno ben nota allo stesso F. oltrepassavano poi ogni misura e si accompagnavano inoltre con la violenza la più cieca e la più brutale, veri parossismi di furore con scene selvagge di aggressioni e distruzioni di quanto gli si parava dinanzi cose e persone.

Straccia i libri che avidamente legge, tanto che una volta arriva a riempirne un tetto sottostante alla finestra della sua camera, ed un'altra volta ad intasarne il luogo comodo di casa sua e ciò per futilissimi motivi, come il trovare qualche pagina mal piegata, e sporcata da qualcuno cui quei libri avessero servito. Un giorno fa una catasta di libri nella sua camera e dà loro fuoco, tanto che poco mancó, e lo si deve all' intervento del padre se ció non avvenne, che abbruciasse la casa, adducendo poi il motivo di assorbire mediante il fumo che si sollevava le cognizioni contenute in quei libri. Un altro giorno fracassa a colpi di bastone una stufa di casa sua per una lievissima ed insignificante contrarietà da parte della mamma. Una volta entra in una pubblica bottega, senza alcuna provocazione, estrae il coltello e minaccia quanti vi si trovano. Dopo una emozione di natura depressiva per non essere stato ammesso a concorrere al posto di macchinista nelle Ferrovie per una imperfezione fisica, ernia inguinale destra, si avvalena col sublimato corrosivo, di cui con tenacia e scaltrezza aveva accumulato e sottratto una forte dose nella bottega del babbo, il quale se ne serve pel suo mestiere, potendone però tenere e servirsene in piccola quantità per volta e che per di più il babbo essendo venuto a cognizione delle tendenze suicide del figlio cercava che questi non riuscisse ad impossessarsene. E di questo tentativo di suicidio, giacchè sembra che altri non ben certi ne abbia fatto, si ha la prova nel fatto di un certificato relativo del dott. L. e di essere stato il F. trasportato per l' opportuna cura all' ospe-

dale di Lucca. Al dott. L. poi il F., per l'ormai notoria avversione che gli alienati di mente immancabilmente nutrono versi i medici che hanno loro prodigato delle cure, mostrò poi sempre un contegno ostile.

Si comprende come i disturbi psichici del F. arrivati a tal grado di gravezza ingenerassero anche nei profani la convinzione che il F. era alterato di mente. Ed ecco allora che il babbo, a tale convinzione unendo la dolorosa esperienza che suo figlio era non soltanto alterato di mente ma per di più anche pericoloso a sè e agli altri, lo vuol mettere nel manicomio, ricorre ai medici ed alla questura e di ciò fa fede la testimonianza, oltre che di altri, dello Ispettore di Pubblica Sicurezza l'Ill.mo signor. Cav. B.

Ed ecco pure come tanto è radicata e profonda anche presso il pubblico la convinzione della malattia di mente nel F. che si ha un coro di testimoni i quali tutti unanimi giudicano e dichiarono il F. alterato di mente ed alcuni aggiungono anche pericoloso a sè e ad altri. Sentiamo infatti la testimone D. M. la quale così si esprime: Conobbi (era presente al fatto delittuoso) che era il matto del F. . . lo ho sempre sentito dire che il F. è sempliciotto. Il testimone P. A. così dice: Si conosce che C. F. non ha tutti i suoi giorni e basta parlarvi si sente che non è sano di mente. Il testimone L. così si esprime: Dal pubblico è stato detto che è un matto (il F.) ed infatti anche nel caffè (dove il F. ed L. frequentavano) dai suoi atti e dai suoi discorsi si capiva che era semplice, o come suol dirsi, gli mancava un venerdì. Il testimone M. dice: . . . . . Conosco da molti anni (il F.) ed è stato sempre un po' infermo di mente, infermità che si accresce quando egli ha fatto uso di liquori . . . . Raramente veniva a lavorare e stava molto chiuso in casa ed ivi urlava, ballava, faceva insomma cose da matti. Ha la mania di fabbricare stili . . . e quando ha bevuto lo credo pericoloso . . . Il testimone R. così si esprime: Egli (il F.) è stato molto tempo a lavorare nel mio negozio da giovanetto e fino da quel tempo dimostrava che non avesse tutti i suoi giorni. Negli ultimi anni si era dato molto a bere e avevo sentito dire che in stato di ubria-

chezza era pericoloso alle persone. Ed il giudizio che in modo unanime abbiamo sentito profferire dai profani sull'anormale stato di mente del F. lo sentiamo confermare da medici. Infatti il dott. L. così scrive nel suo certificato: In quella circostanza (cioè del tentativo di suicidio per avvelenamento da sublimato corrosivo, fatto diversi anni or sono) per gli esami ripetuti che io potei fare sulle facoltà di questo giovane potei farmi il concetto che vi fosse deficienza di criterio e che certi atti li commettesse anzi sotto lo stato dell' incoscienza.

Vediamo ora in qual modo lo stato mentale del F. siasi venuto estrinsecando in relazione al delitto di cui è imputato lo stesso F. Questi prima di tutto, giovane di 28 anni, si innammora della T. G. donna di 50 anni, vecchia in confronto a lui, la quale ha con sè dei figliuoli e che ha sempre il marito vivo, il quale ne è soltanto lontano. Ed il F. che non è buono a guadagnarsi da vivere, povero di mezzi di fortuna, fa a tal donna, essa pure povera con dei figliuoli da mantenere e col marito lontano sì ma sempre vivo, dichiarazioni amorose non a scopo di sola seduzione sessuale, ma bensì anche di matrimonio. La passione amorosa del F. si sfoga tutta in una prima dichiarazione amorosa e matrimoniale seguita dal rifiuto della G., poi nel pedinarla qualche volta e nel passeggiarle qualche volta sotto le finestre. Il F. non cerca affatto, sia direttamente, sia indirettamente, di assediarla con reiterate, insistenti dichiarazioni, anzi non si vede nemmeno aumentare di frequenza nei ritrovi, nei colloqui, magari su cose indifferenti, con la G. Al punto che mentre questa abbandona il caffè che era solita a frequentare e dove frequentava pure lo stesso F. questi nel volgere di 6 mesi nemmeno una volta le corre dietro e la va ad ammirare, se non a parlarle, nell'altro caffè che la G. aveva cominciato a frequentare e che il F. sapeva. Il F. poi un giorno confidando al testimone L.... che era innammorato della G. che per lui non c'era al mondo donna più bella di lei ed avendogli il L. ... risposto che te ne fai, è vecchia, avrà 54 anni, piuttosto mi taglierei una gamba, il F. faceva una risata.

Da parte del F. mai una parola calda, appassionata in sostegno e a difesa dei suoi progetti amorosi e matrimoniali, mai una parola calda, appassionata a difesa ed in elogio della donna che egli ama, ma soltanto una risata senza logiche motivazioni esterne, fuori di tempo e di luogo, fatua, stupida, con la quale fra il L. ed il F. ha termine ed è esaurita la discussione di un argomento che per un innammorato era certamente di tanto interesse, di tanta passione. Ed un amore così fatto diverrebbe nel F. il movente delittuoso che sotto l'impulso di un sentimento di gelosia e di vendetta avrebbe spinto il F. la sera del 14 maggio 1896 ad armarsi a seconda la testimonianza della G. A. e delle due G. A. e N. a posteggiare in Via Nuova la T. G. ed assalirla a colpi di stile.

Il F. poi arrestato dai Carabinieri non fa resistenza, non ha parole, nè fa atti all'indirizzo di alcuno e chiamato allora e dopo a dare spiegazioni dell'atto delittuoso commesso non costruisce a suo favore alcuna difesa, nè adduce alcuna attenuante, non sa spiegarlo veramente, dice, ma non l'afferma categoricamente, nè vi insiste, nè vi si accalora nell'interesse della sua difesa, che deve essere stato un accesso nervoso, un accesso di frenesia, perchè era ubriaco.

Esposte così le notizie che ci danno un'idea abbastanza esatta della costituzione e funzionalità psichica del F. dall'infanzia al giorno dell'atto criminoso, passiamo adesso all'esame diretto del F. per completare la raccolta dei fatti i quali debbono servire di base alla diagnosi.

Questo esame distinguiamo in due ordini, somatico e psichico.

## ESAME SOMATICO

Il F. ha una costituzione fisica robusta, forte sviluppo scheletrico e muscolare, buona nutrizione generale. La pelle è di colorito bianco roseo, con abbondante pannicolo a-

diposo. I capelli, in abbondante quantità, sono di colore castagno scuro ed alcuni accennano a precoce canizie. Esiste una cicatrice antica, interessante il cuoio capelluto, senza lesione, almeno apprezzabile, delle ossa sottostanti nella regione parietale destra, lineare, lunga cent. 1 1|2, in direzione trasversa. L' esame antropologico ci ha dato i seguenti risultati:

Il cranio ci si presenta di forma rotondeggiante: havvi platicefalia occipitale destra. Le ossa costituenti la fossa temporale sono enormemente sporgenti e rigonfie all' infuori, da far parere come avvallate le ossa frontali e parietali in prossimità del limite superiore ed anteriore della stessa fossa temporale, specialmente poi dal lato destro del cranio. Le bozze frontali sono appena accennate, specie la sinistra. Si osserva lieve asimmetria fronto-facciale (leggera depressione della parte sinistra). I capelli nella loro inserzione, sulla regione temporo-frontale, in avanti arrivano pressochè a confondersi con le inserzioni dei peli dei sopraccigli.

Gli orecchi sono voluminosi, con grande prevalenza del diametro verticale, sessili, con padiglione voluminoso, a volute poco marcate, incomplete.

Le arcate orbitarie sono grandi, prominenti. Gli occhi sono piuttosto piccoli, infossati, con sguardo poco mobile, senza vivacità, poco o niente espressivo, freddo, vitreo.

Il naso è lungo e voluminoso, depresso, incavato alla radice, arcuato al dorso, con narici di forma piatta, slargata, platirrinica, la destra un poco più ampia della sinistra, col setto nasale deviato da destra a sinistra.

Le labbra sono piuttosto grosse e tumide, il superiore poi tagliato a sghembo.

Le mandibole sono voluminose, con angoli fortemente pronunziati, con forte predominio del diametro bimandibolare, che misura 102 millimetri. Il mento è grande, quadrato.

Si notano diastema dentario, lingua voluminosa, slargata, veramente bovina.

Il collo è ampio, quadrato, toroso.

Le mani sono piccole, corte, tozze, con dita corte, grosse, tozze; la mano è di tipo inferiore.

Si nota un'ernia inguinale destra congenita.

Il cranio e la faccia danno queste misure antropometriche:

| | | |
|---|---|---|
| Diametro ant. post. del cran. . . . . | mill. | 189 |
| » Biparietale massimo . . . . | » | 153 |
| » Bifrontale minimo . . . . . | » | 105 |
| » Curva ant. post. . . . . . | » | 340 |
| » Biauricolare . . . . . . . . | » | 320 |
| » Circonferenza . . . . . . . | » | 570 |
| Somma delle tre curve principali . . . | » | 1040 |
| Semicurva ant. . . . . . . . . . . | » | 290 |
| » post. . . . . . . . . . . | » | 280 |
| Altezza della fronte . . . . . . . . | » | 57 |
| Larghezza » . . . . . . . . | » | 118 |
| Diametro bizigomatico . . . . . . . | » | 113 |
| Distanza del mento al condotto uditivo D. S. | » | 137 |
| Angolo facciale . . . . . . . . . . . . . | | 75° |
| L'indice cefalico è quindi . . . . . . . . | | 80,95 |

il tipo del cranio subbrachicefalo, il tipo faciale ortognato.

Abbiamo pure determinato:

| | | |
|---|---|---|
| L'altezza del corpo . . . . . . . . . | metri | 1,70 |
| L'apertura delle braccia . . . . . . . | » | 1,64 |
| Il peso del corpo . . . . . . . . . . . | Kg. | 73,500 |

Dall'esame delle funzioni della vita vegetativa e di relazione si ottengono i seguenti risultati:

L'apparecchio cardiaco vascolare è in condizioni fisiologiche. Soltanto i toni cardiaci si odono un po' lontani ed oscuri.

L'esame plessico ed acustico dell'apparecchio respiratorio ci ha dato resultati negativi. Le respirazioni sono normali per frequenza (28 respirazioni al minuto primo) per ritmo profondità. Il tipo della respirazione è costo-addominale. La capacità vitale, misurata col processo della toracometria, ha dato cent. 94.

Normale è lo stato delle vie digestive. Il F. mangia con appetito, è vorace, insaziabile e ciò nonostante gode buone e facili digestioni.

La temperatura è normale; all'ascella misura in me-

dia 37,4°: non vi ha differenza fra i due lati del corpo.

L' esame dei visceri ipocondriaci ce li ha mostrati in condizioni fisiologiche.

L' esame della cavità addominale è riuscito negativo.

Le ricerche chimiche da noi praticate sulle orine ce le hanno rivelate in condizioni normali e prive di qualsiasi componente patologico.

Il sonno che tanto influisce sulla vita vegetativa, durante le nostre osservazioni del F. non ha mai fatto difetto ed è stato sempre tranquillo, di lunga durata, riparatore.

La sensibilità tattile, saggiata col compasso di Weber, è normale tanto sul lato destro che sinistro del corpo. Così pure è normale la sensibilità termica, dolorifica, barica, muscolare ed elettrica e da ambo le parti del corpo.

È nulla la sensibilità meteorica ed al magnete.

Quanto ai sensi specifici essi sono normali se si eccettua l' udito che presenta un notevole grado di cofosi (la percezione acustica del tic tac di un orologio da tasca avviene soltanto a circa 4 mill. di distanza del condotto uditivo esterno in ambedue gli orecchi) e la vista, il cui esame ha messo in rilievo un pronunziato grado di presbiopia corregibile con lenti X D 2 1|2, consociata ad indebolimento dalla accomodazione per paresi del muscolo ciliare, e dei muscoli intrinseci al globo oculare.

Il senso della cenestesi è normale, facendo però eccezione dai periodi in cui il F. bevitore, come è, trovasi sotto l' azione dell' intossicamento alcoolico.

Quanto alla motilità si sono trovati i riflessi rotulei, tendinei e periostei normali, i faringei e gli addominali vivacissimi, presso che aboliti, i congiuntivali, assenti i cremasterici. Manca il fenomeno del piede. Le pupille, sia alla luce, sia all' accomodazione, sia al dolore, reagiscono uniformemente e bene. I muscoli si contraggono normalmente, non offrono resistenza alcuna i movimenti passivi. Le contrazioni determinate dalla volontà sono valide, tanto che la dinamometria è di 56 a destra, di 46 a sinistra.

I riflessi vasali agli stimoli meccanici sono pronti e vivaci; infatti la compressione, lo sfregamento sulla cute deter-

mina dilatazioni vasali corrispondenti in forma dermografica che dura dei minuti. I riflessi emozionali invece mancano, tanto che il F. non lo si vede arrossire per qualsivoglia impressione emotiva.

Sono normali le funzioni del retto e della vescica.

## ESAME PSICHICO

Il F. ha una fisonomia comune, volgare, poco mobile, poco vivace, poco o niente espressiva. Anche quando lo si interroga di cose che direttamente e vivamente dovrebbero interesserarlo la sua fisonomia non si anima mai, non tradisce mai una interna commozione dell'animo, ma si mantiene sempre eguale, impassibile, fredda, una vera maschera.

Nell'atteggiamento e nelle movenze della persona è volgare, pesante, goffo; è poverissimo nella mimica, la quale inoltre è senza colorito, senza vivacità emozionale.

Durante il periodo della nostra osservazione ha tenuto sempre contegno tranquillo, calmo, regolare, indifferente, apatico, passivo.

Nel F. manca spontaneità ed energia mentale. L'attenzione è alquanto tarda e lenta a ridestarsi e un po' facile a stancarsi. La percezione è tarda, lenta e limitata alle cose più comuni della vita. Non si notano disordini percettivi illusorii od allucinatorii.

L'ideazione è povera, semplice, elementare, talora fatua, puerile. Non si notano disturbi formali, o nel contenuto della ideazione. L'associazione ideativa peró è tarda, lenta, ôstacolata, stentata e talora il corso delle idee si compie senza legami associativi stretti e logici.

Il potere mnemonico, tanto di ritentiva, quanto di evocazione si riscontra debole, deficiente, tardo, lento, confuso, lacunare. I fatti piú antichi sono meglio ritenuti ed evocati dei più recenti.

Anche i poteri critici fanno difetto e da questa deficien-

za critica, unita al disturbo già notato dell'attenzione, dei processi percettivi, mnemonici e associativi, deriva non robusta, incompleta ed incerta la sintesi mentale. È per ciò che il F. nei suoi giudizii e raziocinii anche i piú semplici, si mostra incerto, indeciso, perplesso, mai esplicito, categorico, sempre fiacco, vago, fluttuante, nebuloso e anche quando una negazione od affermazione esplicita e categorica tornerebbe a suo evidentissimo vantaggio.

Si nota deficienza di affetti e del senso morale, con depravazione morale e con predominio di sentimenti egoistici e degl' istinti. Il F. infatti spontaneamente non ha una parola di dispiacere, di pentimento, di rimorso per l' azione delittuosa commessa, per il disonore che ne viene al suo nome e alla sua famiglia, per il dolore di questa, non una parola di dispiacere per la forzata separazione dalla famiglia, di cui una sola volta ha visto il Babbo irato contro di lui per l' accaduto, mai poi la Mamma. Non domanda, non parla, non si interessa nè della sua famiglia, nè della vittima del suo attentato, nè di alcun altro parente, amico, o conoscente. Non ha alcuna preoccupazione per le conseguenze che dal delitto commesso possono derivare al suo stato, al suo avvenire. Anche richiamato con l' attenzione su tutti questi fatti allora se ne dichiara dispiacente, pentito, preoccupato, ma lo fa in modo superficialissimo, a fior di labbra, senza sentimento, senza alcun colorito emotivo, senza l' espressione fisiognomonica e mimica e l' accento della passione. Egli ha subito un facile e pronto adattamento al nuovo ambiente del Penitenziario, rimane perfino presso che indifferente al passaggio da una stanza ove godeva la compagnia umana alla terribile segregazione cellulare. Anche nella solitudine e nel silenzio della sua cella rimane tranquillo, calmo, contento, mangia con appetito, dorme sonni lunghi e tranquilli; di niente si lamenta, nessun desiderio manifesta, affatto indifferente, apatico, passivo verso tutto e verso tutti.

In mezzo a tanta deficienza affettiva ed etica, si nota poi il predominio di sentimenti egoistici ed istintivi, giacchè il F. ci tiene a soddisfare il vizio di prendere tabac-

co da naso, a mangiare bene e bere del buon vino, cose che appunto cerca di procurarsi dalla famiglia.

Da tutto ciò si comprende come il F. senza essere in uno stato di incoscienza, non ha un chiaro ed esatto orientamento psichico.

Anche i poteri inibitori, volitivi, sono in lui deficienti, deboli. E già lo vedemmo come il F. nelle sue determinat zioni si mostri sempre indeciso, perplesso, fluttuante e nejl gli atti, nel contegno si mantenga sempre indifferente, a; patico, passivo verso tutto e verso tutti.

Il F. non è niente espansivo, è sempre chiuso in sè, taciturno, di poche parole.

Ha un linguaggio povero di vocaboli e di frasi, spesso nella lenta e difficoltata riproduzione ideativa si arresta, non trova la parola, la frase per esprimere l' idea e continuare il discorso, nel quale egli adopera sempre il medesimo tono di voce, niente flessibile, monotono, stereotipato. Mai si anima, mai si accalora nel discorso. Non di rado senza logiche motivazioni si nota sulle labbra del F. un riso fatuo, stupido e che fa un penoso contrasto con la sua abituale taciturnitá e con la dolorosa posizione in cui egli si ritrova.

Conclusioni. Le cognizioni raccolte mediante l' anamnesi familiare e personale e mediante l' esame diretto, antropologico, funzionale e psichico, sono tali e tante da escludere ogni dubbio sulla malattia mentale del F.

Questi infatti eredita largamente dalla sua famiglia la triste predisposizione alle malattie mentali, predisposione la quale si scorge subito quanto abbia perniciosamente gravato sullo sviluppo dell' organismo fisico e mentale del F. dal momento che egli rivela un' originaria anomalia ed alterazione mentale, originarie anomalie e deformità fisiche, specialmente del cranio, alle quali oggi è ormai assodato come di regola corrispondono anomalie ed alterazioni mentali.

Il F. fra le numerose stimmate di degenerazione antropologica ne presenta alcune che sono molto frequenti in una grave forma congenita di malattia mentale, l' imbecillismo, quali ad esempio l' appianamento delle bozze frontali, l' a-

simmetria fronto-faciale, la continuazione e la confusione dei capelli nelle loro inserzioni con i sopraccigli, gli orecchi con padiglione voluminoso, prevalente nel diametro verticale, sessile, anomalo nelle volute, le arcate orbitarie grandi, prominenti, con occhi piccoli, infossati, con sguardo poco mobile, poco o niente espressivo, il naso voluminoso, incavato alla radice, con narici di forma piatta, slargata, platirrinica, le labbra grosse, tumide, il superiore tagliato a sghembo, le mandibole voluminose, con angoli pronunziati, slargati in fuori, il diastema dentario, il collo toroso, le mani di tipo inferiore, l'ernia inguinale congenita, la tendenza alla macrocefalia, la subbrachicefalia, la quale ultima denota una deviazione dal tipo etnico del cranio Lucchese, che è dolicocefalo.

Così pure alcune delle alterazioni funzionali presentate dal F. sono molto frequenti nella Imbecillitá, ad esempio la voracità ed insaziabilità, le ottime e facili digestioni ad onta di questa voracità ed insaziabilità, il modo animalesco di mangiare, la cofosi, i disturbi dell'organo visivo consistenti in un indebolimento della accomodazione, ed in un notevole grado di presbiopia non in relazione alla sua età, la mancanza dei riflessi emozionali.

Ma la prova più diretta, evidente, chiara e limpida della malattia mentale congenita, l'Imbecillismo, del F. l'abbiamo dai disturbi psichici, che egli fino dalla infanzia ha sempre presentati e specialmente poi dalle resultanze dell'esame psichico che noi di lui abbiamo praticato, le quali mirabilmente in ogni parte, in ogni minimo dettaglio, collimano, confermano, completano quanto riguarda alla malattia mentale del F. già ci aveva fatto conoscere l'esame antropologico e funzionale e l'anamnesi familiare e personale. Il F. infatti fino dalla nascita rivela deficienza e debolezza in tutte le sfere della vita mentale: difetto e facile stanchezza dell'attenzione, tarda e limitata alle cose più semplici e comuni della vita la percezione, deficienza e debolezza dei poteri mnemonici, restrizione, limitazione nello orizzontale intellettuale, tarda, lenta, ostacolata l'associazione ideativa, che talora riesce anche disordinata e manchevole di stretti

legami logici, manchevole l'elaborazione e l'assimilazione mentale, non robusta, incompleta, ed incerta la sintesi mentale, così che il F. nei suoi giudizi e raziocini anche i più semplici giá lo vedemmo come si mostra sempre debole, incerto, indeciso, perplesso, vago, fluttuante, nebuloso.

Si nota pure ottusitá affettiva con predominio dei sentimenti egoistici e degli istinti, deficienza e pervertimento del senso morale.

I poteri critici e volitivi sono deficienti, deboli, cosi che nel F. già lo vedemmo come sono facili gli squilibri affettivi e degli atti e di questi suoi squilibri alcuni sono molto frequenti nell'imbecillismo, quali ad esempio gli impulsi piromani ( l' incendio dei libri senza vero e giusto motivo ), gli impulsi panto-clastici ( la distruzione dei libri, della stufa senza vero e giusto motivo. ) gl' impulsi suicidi per una lieve ed insignificante contrarietà, le impreviste, subitanee e furibonde impulsioni motrici, dietro i più futili motivi con la violenza la piú cieca e brutale, con aggressività contro sè stesso, le persone, le cose, con scene di furore selvaggio ecc.

Nel F. ricorderemo anche altre caratteristiche dell' Imbecillismo, quali il contegno da misantropo e al tempo stesso volubile, capriccioso, eccentrico, strano, la mancanza di ogni spontaneitá ed energia mentale, l' indifferentismo, l' apatia, la passività abituale, da cui poi per un nonnulla trasmoda in parossismi di furore, la volgarità, la pesantezza, la fatuità, la goffaggine nell' atteggiamento, nelle movenze della persona la poca o niuna espressione fisiognomonica e mimica, l' abbondare sulle sue labbra di un riso senza logiche motivazioni esterne, fatuo, stupido.

Abbiamo allora nel F. il quadro fenomenico completo e tipico di quella forma di malattia mentale congenita, che con diagnosi psichiatrica si chiama frenastenia a forma mista anergetico eretistica.

Ma quasi non fosse già di per sè troppo grave questa ereditaria e congenita malattia mentale del F. oltre le cause ereditarie e congenite intervengono anche altre varie e tutte gravissime cause acquisite di malattia mentale, le quali ultime coadiuvano le prime a danno dell' organismo psichico

del F. e dirò così danno l'ultimo colpo al già invalido cervello del F. Questi infatti ricorderemo come prima a 9 anni soffrì un grave traumatismo cerebrale con fenomeni di commozione cerebrale, poi a 13 anni un tifo grave con gravissimi fenomeni cerebrali consistenti in Coma della durata di 45 giorni, finalmente in questi ultimi anni il F. si dette all'abuso di bevande alcooliche; tre generi di cause capaci ognuna di per sè sola di dare luogo, come è ormai notorio, alle forme più gravi di pazzia.

E di tutte queste nuove cause sopraggiunte ed aggravanti bisogna tenere grandissimo conto per poter bene stabilire il grado di gravezza della malattia mentale e quindi il grado della responsabilità del F.

Questi infatti ricorderemo come anche a giudizio dei profani manifestò dopo il tifo una maggiore e progressiva debolezza psichica con depravazione morale.

Egli inoltre dopo che si era dato alle bevande alcooliche, cominciò a soffrire con grande frequenza, da principio in relazione ad eccessi alcoolici, più tardi anche a distanza di questi, cefalea, pesantezza di capo, torpore e confusione mentale, oscuramento della vista, vertigini, offuscamento della coscienza, insonnio, malessere vago e indeterminato, inquietudine psichica, un senso di ambascia, tedio della vita, con tendenza al suicidio, idee vaghe e sfumate di persecuzione, estrema e morbosa irascibilità con improvvise, subitanee ed insensate impulsioni motrici, di una violenza la più cieca e la più brutale, con aggressività contro sè medesimo, le persone, le cose, con atti distruttivi, con scene di furore selvaggio, ecc. Ma questo allora lo si riconosce facilmente per il quadro fenomenico delle alienazioni mentali da alcoolismo. Quindi la diagnosi della malattia mentale del F. sarà completa quando alla Frenastenia si aggiunga la Frenosi alcoolica, cioè per essere noi precisi e completi nella diagnosi dell'alienazione mentale del F. bisogna dichiararlo affetto da frenastenia a forma mista anergetico-eretistica con Frenosi tossica alcoolica.

Fattoci così un concetto chiaro, preciso e completo della alienazione mentale del F. e risposto in tal modo al primo

quesito propostoci dal Giudice, dobbiamo ora rispondere agli altri due quesiti, se cioè al momento del delitto l'alienazione mentale del F. esistendo era di tal natura, di tal gravezza, da togliergli del tutto, o scemare la coscienza e la libertà dei proprii atti e quindi la responsabilità.

Ora che ci sono interamente note le condizioni dello stato mentale del F. non vi ha alcun dubbio che non abbia affatto coscienza e libertà dei proprii atti e quindi sia del tutto irresponsabile. Già di per sè sola la Frenastenia del F. è di tal grado da dover condurre a queste conclusioni psichiatro-forensi. In fatti nel F., già lo vedemmo, il suo imbecillismo è a tal grado di gravezza da rendere limitatissima l'intelligenza, fino ad impedire la chiara ed esatta comprensione delle cose le più semplici e comuni della vita, ottundere e pervertire i sentimenti affettivi e lo stesso senso morale, costituire una supremazia ed un predominio ai sentimenti egoistici ed ai più bassi istinti, annientare la critica e la volontà da gettare il malato in piena balìa delle impressioni del momento, dell'improvviso variare d'umore, della capricciosa volubilità del pensiero, fino a commettere gli atti i più strani e più insensati, i più violenti e i più pericolosi a sè e agli altri, come gli impulsi allo incendio, alla distruzione, al furore, al suicidio, all'omicidio. Si comprende di leggieri come un Imbecille a tal grado, a cui era appunto il F., non abbia più affatto coscienza e libertà dei propri atti e quindi nemmeno la responsabilità.

Quanto alla coscienza però, onde non essere fraintesi, ci preme di fare una distinzione. Cioè nel F. come in tutti gli imbecilli a tal grado, esiste la coscienza, nel senso puro e semplice di consapevolezza e di ricordo di un atto che egli abbia compiuto, ma non già nel senso di una cognizione chiara, precisa, completa, profonda dell'atto tanto in sè quanto nelle sue relazioni, nel senso di apprezzamento o coscienza morale, la sola responsabile.

Quasi poi la gravezza della frenastenia del F. non fosse già di per sè sola anche troppo per togliergli affatto, come sopra abbiamo detto la coscienza e la libertà dei proprii atti e la responsabilità, in lui abbiamo per di più la

sopravvenienza, l'aggiunta e l'aggravante dell'altra forma di alienazione mentale, la frenosi tossica alcoolica. Questa infatti, già lo vedemmo, dava luogo nel F. allo ottundimento mentale ed affettivo, all'insensibilità e alla depravazione morale, al completo e totale annullamento della critica e della volontá, all'offuscamento della coscienza, a delirii persecutorii, a stati ansiosi, ad atti insensati, violenti, brutali, impulsi al suicidio ed all'omicidio, parossismi di furore, toglieva quindi al F. completamente la coscienza, la libertà, la responsabilità dei proprii atti.

Noi a questo punto avendo dimostrato nel F. doppiamente completa e assoluta l'irresponsabilità potremmo terminare, ma invece vogliamo anche esaminarlo in relazione stretta e diretta al delitto di cui è imputato, cioè esaminare avanti, durante e dopo l'azione criminosa lo stesso F. Questi adunque, secondo l'accusa fattagli, avrebbe duvuto commettere il delitto sotto l'impulso di un sentimento di gelosia, di vendetta, nato in seguito al rifiuto opposto della G. alle dichiarazioni amorose e matrimoniali del F. Quindi per prima cosa si deve trovare che l'amore del F. sia fondato, sentito, se arriva perfino ad uno stato passionale da acciecare, da spingere al delitto lo stesso F. Vediamo. L'amore del F. già comincia a portare con sè, dirò così, un difetto d'origine, per cui non solo ad un esame psicologico, ma anche al semplice buon senso (e basta udire le deposizioni dei testimoni) appare paradossale, strano, imbecillesco. Infatti il F. giovane si innamora di una vecchia, il F. non ha di mira la sola seduzione sessuale della G. ma bensì egli senza mezzi di fortuna, non buono col lavoro a guadagnarsi neanche per sè solo un pezzo di pane, trovandosi presso a poco in queste medesime di lui condizioni la G., la quale ha per di piú delle figliole da mantenere, aspira ad effettuare con la G. un matrimonio, a mettere su una famiglia. Non basta ancora; il F. vuol costituire una famiglia, sancita dal vincolo legale del matrimonio, con la G., la quale, era noto anche allo stesso F., aveva sempre vivo il marito che soltanto stava lontano e come diviso dalla moglie. Ma dove è poi la intensità della passione amorosa del F.

da arrivare al punto di acciecare e spingerlo al delitto? Infatti tutta la passione amorosa del F. si sfoga in una prima dichiarazione d' amore e di matrimonio, seguita dal rifiuto della G. poi e soltanto qualche volta nel pedinarla e passeggiarle sotto le finestre. Il F. non tenta affatto, sia direttamente, sia indirettamente di assediare la G. con reiterate insistenti dichiarazioni, anzi non lo si vede nemmeno aumentare di frequenza nei ritrovi e molto meno nei colloquii, magari su cose indifferenti , con la G. Al punto che mentre questa abbandona il caffè che era solita a frequentare e dove frequentava lo stesso F. questi nel volgere di 6 mesi nemmeno una volta le corre dietro e la va ammirare, se non a tentare di parlarle, nell' altro caffè che la G.... aveva cominciato a frequentare e che il F. sapeva. Non basta ancora; il F. confidando un giorno al testimone L.... che era innammorato della G., che per lui non c' era al mondo donna più bella di lei ed avendogli il L.... risposto che te ne fai è vecchia, avrà 54 anni, piuttosto mi taglierei una gamba, il F. faceva una risata. Non una parola calda, appassionata da parte del F.... a sostegno e difesa dei suoi progetti amorosi e matrimoniali, non una parola calda, appassionata a difesa ed in elogio della donna che egli ama, ma soltanto una risata senza logiche motivazioni esterne, fatua, stupida, con la quale è esaurita ed ha termine fra il L. ed il F. la discussione di un argomento che pel F., se fosse stato sano di mente, doveva essere di tanto interesse, di tanta passione. Ed allora questo, come ad ognuno è facile scorgere non è un amore normale, fondato e sentito; ma aggiungiamo noi che è l' amore superficiale paradossale, strano, fatuo, fanciullesco, stupido, che gli alienisti hanno dimostrato essere una carettiristica degli imbecilli, come il F. Quindi in lui manca affatto l'intensità della passione amorosa che anche in individuo non alienato di mente, contrariata, puó talvolta arrivare fino ad accecarlo e spingerlo anche al delitto, il quale per ciò nel F. ripete la sua origine vera dalla alienazione mentale dello stesso F.

Noi del resto in conformità delle deposizioni della G. vittima del F. concediamo anche che il F. dopo il rifiuto

della G. nutrisse per lei un sentimento di gelosia e che facesse anche minacce di volersi vendicare della G. Il F. infatti, alla pari dei frenastenici del suo grado, già lo vedemmo come nel soddisfacimento dei suoi desiderii, delle sue passioni, dei suoi istinti non conoscesse restrizioni, indugii, ostacoli, impedimenti, come fosse in piena balìa della stessa capricciosità del pensiero e delle stesse impressioni del momento e come alla più insignificante e più leggera contrarietà, per i più futili motivi avesse scoppi di ira furibonda, scene di violenza cieca, brutale, selvaggia, parossismi di furore, con atti di distruzione di quanto gli si parava davanti, cose e persone, fino attentare alla propria vita ed a quella degli altri. Niente quindi d'impossibile, di difficile, di strano, anzi la cosa più facile, più naturale di questo mondo e direi quasi inevitabile che alla contrarietá incontrata nel rifiuto della G. il F. provasse al solito in modo vivacissimo il sentimento di reazione e sulle sue labbra suonassero minacciose parole di vendetta e realmente pensasse e si preparasse a vendicarsi e questa volta si armasse a bella posta di uno stile, l' arma da lui futilmente tante volte fabbricata e tante volte sequestratagli dal babbo.

E nel F. a spingerlo sempre più al delitto contro la G. dobbiamo tenere in grandissimo conto il sentimento di gelosia, il quale già molto spesso nei frenastenici, come è il F. poi con frequenza estrema davvero unica costituisce notoriamente il movente psicologico di delitti di sangue su donne nei pazzi alcoolisti, come è il F.

Date intanto nel F. queste morbose condizioni d' animo e di mente due versioni dell' incontro del F. con la G. ci si presentano, cioè o che sia stato fortuito, accidentale, o che sia stato premeditato, delittuoso. Ad ogni modo però nell' una e nell' altra delle due versioni è evidente la mancanza della libertà degli atti, l' irresponsabilità del F.

Infatti cominciamo dalla premeditazione. Ebbene la premeditazione negli alienati di mente, non implica necessariamente la libertá di questi atti premeditati; giacchè è ormai fuori di dubbio che un alienato può escogitare, preparare

e condurre ad esecuzione con fine acume e tenacia degna di miglior causa, ossia premeditare un atto omicida e nello stesso modo anche orrende efferatezze, mutilazioni del proprio corpo invece del puro e semplice suicidio e intanto questi atti, per quanto premeditati, non essere liberi, ma conseguenza diretta, immediata, inevitabile, come sfoghi motori alla coazione di idee deliranti, fisse, incoercibili, le quali ad onta della reluttanza, della lotta, della ribellione da parte della coscienza, della volontà del malato gli comandano, gli impongono, lo trascinano irresistibilmente a premeditare, preparare e finalmente compiere quegli atti.

Cosí anche il F. per dato e fatto della sua alienazione mentale, che ne lo ha privato, non può opporre alcun freno morale, critico, volitivo ¦ alla passione di gelosia e di vendetta che lo invita e lo trascina inesorabilmente fatalmente al delitto. Ma poi la contradizione nel F. tra l'apparente premeditazione del delitto e l' averlo poi compiuto in una pubblica strada, frequentata, sotto gli occhi di altre donne che accompagnavano e circondavano la di lui vittima, sotto gli occhi degli stessi carabinieri, i quali appunto perchè li presenti furono subito addosso al F. mostra come questi l' abbia compiuto nel modo il più imprevidente, senza preoccuparsi affatto di non essere scoperto e prova una volta di più che egli era dimentico di tutto, privo di coscienza e mancava quindi anche di libertà. E nel F. di fronte al delitto tanto è vera l' imprevidenza propria del pazzo che il F. arrestato non avanza in suo favore alcuna difesa che in antecedenza avesse preparata.

Se invece l' incontro del F. con la G. fu fortuito la vista della G. potè essere benissimo pel F. come favilla che gran fiamma seconda, cioè la vista della G. nel F. d'un tratto e magari senza il F. ne abbia avuto una coscienza chiara, netta ed intera, puo aver ridestato e ravvivato il morboso tumultuare delle sue idee, della sua passione, dei suoi forti risentimenti, dei suoi truci divisamenti, finché poi la morbosa tensione nervosa arrivò a raggiungere e rompere il colmo ed allora l'atto omicida nel F. seguì alla vista della G. colla medesima rapidità e indipendenza dalla

volontà dei movimenti e degli atti reflessi, fu un vero reflesso psichico. E siamo giusti, come si potrebbe mai parlare nel F. di libera volontà, con una mente tutta alterata dall' azione devastatrice della malattia mentale che distrugge in esso l' intelligenza, i sentimenti più nobili, il senso morale, la critica, la volontà, la coscienza?

In questo offuscamento della coscienza troviamo eziandio la ragione del perchè il F. non sa dare una spiegazione chiara, precisa, completa del delitto commesso. Egli per ciò, come del delitto commesso in certe parti ha un ricordo pallido, sbiadito, confuso, lacunare, non sa poi nemmeno lui rintracciare le intricate fila del processo morboso mentale per le quali è arrivato il delitto. Infatti egli dice che non lo sa nemmeno lui perchè l' abbia fatto, deve essere stato sangue al capo, deve essere stato un accesso nervoso, deve essere stato un accesso di frenesia, deve essere stato per aver bevuto e simili spiegazioni vaghe, indecise, incomplete, dubbie. Anzi nello stesso offuscamento della coscienza, nella mancanza di critica, di volontà, troviamo pure la ragione della imprevidenza, tutta propria degli alienati di mente, che, come vedemmo, il F. avanti, durante e dopo il delitto ha manifestata o per occultare interamente il delitto, o per difendersi.

Anche dopo il delitto il F. tiene il contegno proprio degli alienati. Infatti si lascia arrestare senza alcuna resistenza, non profferisce parola, non fa alcun atto e dal furore omicida con rapido e subitaneo passaggio egli ritorna alla calma, alla tranquillità, all' indifferentismo, all' apatia, alla passività, come se nulla fosse stato, il quale passaggio rapido e brusco dal furore omicida alla calma, alla tranquillità, alla indifferenza, all' apatia è di grandissimo valore, è quanto mai signficativo, come caratteristico di moltissimi pazzi che delinquono. E nemmeno ora, nè più tardi, mai il F. anche in ciò non dissimile dagli altri alienati di mente, ha una parola, specialmente calda, appassionata, in sua difesa, o che almeno attenui la sua colpa, ciò che non manca mai nel delinquente volgare, come pure a ridestare la pietà dei suoi giudici il F., in ciò pure non dissimula dai

pazzi, non aggiunge, non esagera, non simula nulla in mezzo ai suoi numerosi gravi disturbi mentali, ma anzi rigetta e protesta contro la sola idea la quale da altri gli possa essere avanzata che egli possa essere alienato di mente, nè si fa troppo forte nemmeno del fatto banale che egli fosse ubriaco, senza infine preoccuparsi minimamente nemmeno delle conseguenze che dal delitto possono derivare al proprio stato, al proprio avvenire. Tutto ciò dimostra una volta di più nel F. l' incoscienza, quindi la totale mancanza della libertá degli atti e per ció la sua piena irresponsabilità.

Concludendo adunque il F. al momento in cui commise il delitto era affetto da Frenastenia a forma mista, anergetico-eretistica, con Frenosi tossica alcoolica. La Frenastenia, alienazione mentale congenita e la Frenosi alcoolica, alienazione mentale acquisita, sono ambedue di tal natura e di tal grado di gravezza nel F. da essere, ognuna di per sè sola, anche di troppo per togliere al F. interamente la coscienza, la libertà e la responsabilità degli atti, quindi, a più forte ragione, il F. trovandosi nel momento del delitto affetto della coesistenza di queste due Frenosi mancava interamente della coscienza e libertè degli atti, ed è pienamente irresponsabile del delitto, di cui egli è imputato.

Ma il Giudice non tema che, se noi costretti dall' evidenza dei fatti abbiamo dovuto concludere per l' irresponsabilità, perciò sia meno tutelata la sicurezza sociale. Giacchè il F. come pazzo pericoloso deve essere recluso, custodito e curato in un Manicomio, il più appropriato il Manicomio Criminale, fino a che al Tribunale non sian dato le prove più ampie e piú sicure, non dirò della guarigione, impossibile a verificarsi, ma almeno della innocuità del F. ed anche quest'ultima dalla natura della di lui malattia mentale deduciamo difficile e in ogni modo tardissima a raggiungersi. Il Tribunale accettava pienamente le nostre conclusioni, tra cui la reclusione del F. nel Manicomio Criminale, avvenuta il 23 settembre 1896 in quello di Montelupo.

---

# IN CAUSA DI FOLLIA SIMULATA

PERIZIA

DEL

PROF. G. ZIINO

## I

### Il fatto e i primi apprezzamenti di esso.

Sullo stradale di Brolo il cav. B., sindaco di Sant'Angelo, faceva il 21 Aprile decorso la sua consueta passeggiata, fiducioso di non poter essere molestato da alcuno, vuoi per la tranquillità della gente che abita in quelle contrade, vuoi per la serenità della propria coscienza di galantuomo e d' amministratore.

Tutto ad un tratto si vede dinanzi il F., il quale, con accento poco rispettoso, gli chiede il rilascio immediato senza ulteriori ostacoli di un certo mandato per del brecciame che egli stesso, di professione carraro, aveva trasportato per lo rassodamento d' una strada. Ma il B. a ripetere anche questa volta (chè il F. di simili richieste, ma con tono diverso, ben altre ne aveva già fatte a quel funzionario) che il bilancio municipale lo si attendeva ancora munito della superiore approvazione, e quindi non era il caso di poter provvedere lì per lì; che avesse pazienza, e sarebbe senza meno compensato del lavoro fatto. Il F. (sia perchè incalzato da angustie finanziarie, sia perché pressato dall' obbligo di

pagare lire quattrocento a un tale C. il quale insisteva per ottenere il predetto pagamento e per di più minacciava di tradurlo in giudizio, sia perchè irritato dal ritardo) montò per come egli dice, in ira a quel diniego; e sotto l' impeto di tale stato passionale (senza animo di offendere) ferì con una falce che aveva seco al fianco, il cav. B., producendogli alla mano destra (regione dorsale) una lesione per arma tagliente e lacerante, guarita in venticinque giorni, senza lasciare le altre temute conseguenze di maggiore rilievo, accennate dal perito giudiziario nel verbale del 21 aprile, cioè poco dopo del ferimento avvenuto.

Al F. che allega la momentanea risoluzione di colpire, per come colpì, il cav. B. oppone costui avere il feritore con malvagia volontà premeditato il delitto. E il B. desume tale convincimento, da testimoni condiviso, dai criterii seguenti:

*a*) da quanto avvenne il giorno precedente tra offensore ed offeso, cioè le solite querimonie;

*b*) dal sapere il F. che il sindaco tutti i giorni soleva passare dalla località ove il fatto avvenne, e dove l' attese;

*c*) dall' essersi fermato il F. ad aspettare il passaggio del B. in un punto vicino allo stradale;

*d*) dal sapersi che il F. partì da casa sua, dicendo alla moglie giù per su quelle parole: *vedremo se oggi finalmente sarò pagato subito!*

Il giudicabile si diede alla latitanza; vani riuscirono gli sforzi dei reali carabinieri per arrestarlo; alla fine decise di presentarsi spontaneamente , stanco forse di soffrire le ansie e i disagi della fuga, e nella previsione che non avrebbe più a lungo potuto sottrarsi alle indagini della forza pubblica. Ecco il fatto nella sua semplicità obbiettiva. Serve notare qui, per non tornarci più sopra, che il F. non era mica ubbriaco quando com-

mise il reato: l' alcoolismo acuto è escluso concordemente da tutte le risultanze del processo scritto; nè è mai venuto in testa all' imputato di allegare, per discolparsi, la scusante dell' ubbriachezza.

II

## I primi sospetti di pazzia.

Il 30 aprile, il F. si trova di fronte al magistrato locale per subire il rituale interrogatorio; ma al pretore di S. Angelo non riesce di ottenere risposta alcuna, imperocchè il prevenuto si cinge del più rigoroso mutismo, della più invincibile risoluzione di non entrare in colloquii che possano per avventura comprometterlo. Ed il primo sospetto che passa per la mente del pretore l' è appunto quello, che F. *simuli alienazione mentale*; tuttavolta non potendo da sè risolvere il quesito, denunzia alle Autorità superiori il caso per gli opportuni provvedimenti.

Il 3 maggio successivo, il Capo delle guardie carcerarie delle prigioni mandamentali di Patti, descrive il F. come in istato di *demenza completa*. Dal rapporto del Capo guardiano si hanno i seguenti rilievi:

1.° Il fratello del F. asserisce che costui da più tempo aveva dato di volta al cervello, ma il sindaco, quantunque insistentemente pregato dai parenti, si rifiutò a fare le pratiche occorrenti per farlo rinchiudere in una Casa di salute, ed ivi farlo curare nella qualità di povero;

2.° Fa meraviglia come il sanitario di S. Angelo avesse dichiarato il convenuto sano di mente, mentre tale ei non è, ed avesse consigliato la traduzione in carcere, quando non n'era il caso.

Ma il 5 maggio, il F. viene assoggettato a formale interrogatorio dal sig. Giudice istruttore di Patti, e si

mostra assai calmo e ragiona molto bene: racconta per filo e per segno gli avvenimenti per come si svolsero dal dicembre 1892 al 21 aprile in cui ferì il sindaco; riferisce come costui non avesse voluto pagargli le 160 lire circa, di cui è il giudicabile creditore verso il comune per il brecciame messo a posto; accenna alle persecuzioni di coloro che avanzavano da lui dei danari, e ne fa specializzata menzione, ricordando con esattezza le somme dovute; dice di aver ferito il sindaco in un momento di collera, e con la falce che portava addosso; d' essersi dato alla latitanza, e di aver perduto la ragione non solo per il pentimento del male fatto, ma eziandio perchè si bucinava che grave danno sarebbe derivato alla famiglia, e che tutti i parenti sarebbero tratti in arresto; aggiunse essergli durata la malattia per del tempo, ora sentirsi molto meglio, e rimettersi alla giustizia; conclude con queste testuali parole: « Io non avevo alcuna intenzione di offendere il sindaco, e se lo ferii con la falce, fu in un momento d' ira, mosso dall' essermi stato negato il denaro dovuto per mercede del mio lavoro ».

Addì 9 maggio, il Capoguardiano Pittari torna sull' argomento della follia del F.: lo dichiara molesto, vociferante, inquieto, disturbatore del sonno dei condetenuti e delle guardie, laceratore di vestiti e di altre suppellettili dell' Amministrazione, degno della catena, e feritore della guardia carceraria Barone, nell' istante in cui quest' ultimo gli assicurava appunto la catena al piede; a far breve, per il Capo delle guardie il prevenuto è matto addirittura, matto pericoloso e da legare, quindi bisognava con la massima sollecitudine mandarlo altrove.

Frattanto il Giudice istrtutore delega il Dott. T. da Patti a riferire sullo stato mentale del F.; ed il medico carcerario, dopo averlo più volte osservato, conclu-

de che il giudicabile simuli pazzia, che non sia stato affetto mai da un vero e proprio disordine mentale.

La relazione medica è stata presentata il 15 del mese di maggio; il 16 torna il Capo Pittari ad insistere sulla follia del F.; e dopo di avere esposti tutti gli atti stravaganti del detenuto, i pericoli cui le guardie si trovano continuamente esposte nel custodirlo, e simili, così conclude il suo rapporto al Sottoprefetto: « Non credo che F. agisca per cattiveria o malignità, poichè egli ha dei momenti in cui è calmissimo, poi tutto ad un tratto irrompe, e in quei momenti occorrono più persone per resistere agli atti violenti, tanta è la forza da cui è invaso ».

Le guardie carcerarie, com'è naturale il supporlo, confermano appieno le dichiarazioni del loro Capo, e ciò fa con particolarità il Barone che s'è buscata una contusione alla faccia nel fissare la catena al piede del pericoloso detenuto.

## III

### La nuova fase delle investigazioni.

Per come ho espresso nel paragrafo antecedente, una nuova imputazione è stata fatta al F.: insubordinazione e violenza alle guardie carcerarie, con ferimento lieve ad una di esse, il Barone. Ma questo addebito recente si collega dal Capo Pittari più che all'indole prava del detenuto, allo stato anormale dell'intelligenza di lui, alla pazzia in altri termini.

E il magistrato comincia a guardare il F. anche da siffatto punto di veduta; interroga di nuovo il prevenuto addì 16 maggio, ed egli a rispondere presso che in questa guisa: « È la testa mia che m'ha fatto commettere degli atti contro le guardie; non so più nulla

della mia causa; vi prego di portarmi a S. Angelo; voglio rivedere la mia famiglia; fatemi presto il processo ».

Il 3 giugno vengono assunti come testimoni P. Vincenzo, F. Michelangelo, F. Giuseppe e S. Francesco: sono tutti da antico tempo conoscenti dell' imputato e della sua famiglia; escludono che il giudicabile sia stato mai pazzo, folle, alienato; negano poi recisamente che alcuno dei parenti del giudicabile sia stato al manicomio. Soltanto Giuseppe F. afferma che in questi ultimi tempi il F. era alquanto esaltato, a causa di strettezze finanziarie sue e della famiglia.

Il Dott. Michele S., che è stato per molto tempo medico curante dell' imputato e della famiglia, anzi di questa amico e protettore, conferma che il germe della pazzia non ci sia, nè F. è stato mai delirante, alienato, fuori di sensi. Nell' ottobre e novembre 1892 ebbe, egli è vero, il Dott. S. M. a curare il F. di gravissima pulmonite, arrivata fino allo stadio di epatizzazione grigia; ma questi guarì dalla predetta malattia, durante la quale comparvero talora fatti ed eccitamenti nervosi; come guarì perfettamente di queste ultime insorgenze patologiche, concomitanti del processo pneumonitico. A questo punto si arrestano le tavole processuali, che ho riepilogate molto brevemente, ma con la maggiore esattezza.

E da questa prima parte del mio lavoro, a me sembra che restino assodati i seguenti dati di fatto, importanti per l' estimazione del caso in esame:

1.° Il sindaco cav. B. è stato ferito alla mano in quel di S. Angelo, per opera di F. Vittorio di Filippo e della fu T. Antonina, di anni 33, figlio legittimo, coniugato con figli, di mestiere carraro, impossidente, analfabeta;

2.° Dal ferimento è derivata al B. malattia per 25 giorni, con altrettanto tempo d' incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni proprie;

3.° Il F. aveva richiesto al sindaco più fiate il pagamento della somma dovutagli dal Comune per petriccio collocato a posto;

4.° Dopo il ferimento, il F. si diede alla latitanza, indi si presentò sponte propria, e cominciò a giuocare la parte di mentecatto, facendo contrasto il mutismo spinto e l'amnesia completa messi in iscena dall'imputato, col tempo assai breve da quando si diceva surta la follia nel cervello di lui;

5.° Lo stato pazzesco si accentua intermittentemente nel carcere di Patti; ma, mentre al Capo guardiano Pittari, la demenza sembra fuori di ogni dubbio e d'ogni discussione, agli occhi del sanitario T. Dott. Antonio, il F. apparisce invece come un simulatore, come un uomo che è presente a sè stesso, che ha coscienza dei proprii atti, che ragiona come ogni altra persona sennata.

L'è in questa contradizione palese tra il giudizio del medico che lo stima sano, e la materialità degli atti pazzeschi compiuti a volte dal detenuto, che trova pieno fondamento giustificativo la presente perizia psichiatrica.

Passo ad esporre i risultamenti delle mie ricerche peritali sulla personalità psico-fisica del giudicabile, per trarne da ultimo le illazioni che, a mio avviso, scaturiscono nette dall'insieme delle indagini.

## IV

## Storia clinica dell'imputato.

*A*) *Albero genealogico e condizioni sanitarie della famiglia* (*Anamnesi remota*). — Il F. appartiene ad una famiglia nella quale non vi sono nè vi sono mai stati individui affetti da mentale alienazione, da neu-

ropatie accentuate, quali epilessia, isterismo e simili, nè tampoco alcoolisti, nè donne dedite alla prostituzione.

Risulta dalle lettere officiali esistenti in processo e portanti le date del 30 giugno e del 1 luglio 1893, che il padre dell' imputato ha avuto da fare con la giustizia per ferimenti ed altro; ma giammai è stato internato in un Asilo.

Di maniera che, per questo profilo importantissimo dell' eredità patologica, nulla offre di rilevante il F., non essendovi nelle di lui linee ascendentali e collaterali alcun germe di malattia mentale o nervosa trasferibile per eredità.

*B) Condizioni peculiari del soggetto (anamnesi prossima).* — Il giudicabile, a quanto se ne conosce, venne al mondo sano e forte, e di malattie gravi non ha sofferto che la pulmonite del settembre '92; durante la quale infermità, ebbe ad offrire dei fatti nervosi di eccitamento, i quali però (notisi bene) si dileguarono con la guarigione della flogosi polmonale. La convalescenza fu alquanto lunga e penosa, avuto riguardo alla scarsità dei mezzi dei quali può il F. disporre; nondimeno, guaritosi completamente, ritornò allo stato di salute abituale, alla robustezza di costituzione ond'è stato da madre natura fornito.

Il F., infatti, è di sviluppo scheletrico regolare, di alta statura (centimetri 168), di temperamento sanguigno e nervoso, di enorme forza muscolare; nè ha mai sofferto di isteria, di epilessia, di corea, d'ipocondriasi, di allucinazioni, o di altre manifestazioni di stato neuropatico.

Una circostanza che giova notare è quella relativa al carattere resistente, intollerante, emotivo del F.; tanto che dalle locali Autorità è egli rappresentato come uomo di condotta irregolare, più volte processato per attentati anche poco rilevanti contro le persone; ed il

convincimento che mi sono formato nelle mie osservazioni circa al carattere dell' imputato, è perfettamente consono a quanto viene riferito dal Pretore e dai Reali Carabinieri.

Non ha giammai offerto il F. esagerazione nelle sue tendenze religiose e politiche, per come sogliono averla gli isterici ed i nevrastenici, e molto di più i paranoici.

*C) Misure della testa.* — Nulla presenta di anormale il capo del F., per come apparisce dai seguenti dati craniometrici:

| | | |
|---|---|---|
| Diametro antero-posteriore . . . . | millim. | 190 |
| » bis parietale . . . . . . . | » | 140 |
| Indice cefalico . . . . . . . . . . . | » | 73,68 |
| Curva antero posteriore . . . . . . . | » | 300 |
| » bisauricolare . . . . . . . . . | » | 305 |
| Circonferenza totale . . . . . . . . | » | 505 |
| Altezza della fronte . . . . . . . . | » | 35 |
| Larghezza della fronte . . . . . . . | » | 110 |
| Altezza dal mento al vertice . . . . | » | 245 |
| Angolo facciale . . . . . . . . . | gradi | 70 |

*D) Pelle e appendici cutanee.* — La pelle non offre anomalie per colorito, consistenza, eruzioni e simili. I capelli sono neri con qualche filo bianco, sono folti in tutte le regioni. Lo stesso è a dirsi della barba.

*E) Anomalie di conformazione.* — Tranne di una insignificante cicatrice alla regione temporale sinistra, il cranio non presenta altro, nè bossolature speciali, nè creste, nè avvallamenti, nè asimmetrie. Nello stato fisiologico si trovano presso il F. gli occhi, il naso, il tronco, gli arti, gli organi genitali.

*F) Esame psichico.* — *1.° Linguaggio.* Il F. parla speditamente e con animazione tutte le volte che il discorso ricade sul fatto addebitatogli, poichè non riesce, ei dice, a persuadersi come mai per un affare di così

poco rilievo gli si possano infliggere tanti tormenti, privarlo della libertà, sottrarlo ai suoi giudici di S. Angelo o di Patti, rinchiuderlo nelle carceri di Messina.

2.° *Sensibilità encefalica.* — Non ha allucinazioni od illusioni, che sono i veri fatti attestanti follia conclamata.

3.° *Attenzione.* — Il giudicabile, quando non è irritato, attende bene alle domande che gli si rivolgono, risponde adeguatamente.

4.° *Ideazione.* — Non havvi scorrettezza, non delirio di sorta alcuna, erra soltanto il giudizio suo quando si tocca il tasto del male che il Sindaco ha voluto apportargli, niegandogli dapprima la mercede, ed ora facendolo tenere in prigione per una corbelleria.

5.° *Sentimenti.* — Mostra tenerezza per la famiglia; ma non più per il Sindaco, cui ha sempre rispettato, e non sa darsi ragione del perchè e del come si sia tramutato verso di lui in persecutore.

6.° *Memoria.* — Evoca esattamente il soggetto in esame tutti i residui psichici antichi e recenti.

7.° *Volontà.* — Mostra l'imputato carattere fermo e deciso; la volizione è vigile, e dotata di una discreta energia.

8.° *Fisonomia.* — Significante e normale per solito; un po' arrossata ed agitata, quando si torna sull'argomento delle soverchierie del Sindaco.

9.° *Sonno* — Tranqnillo più o meno ha avuto il sonno, a seconda che si agita o no nel pensiero di avere resa giustizia.

10.° *Condotta in carcere.* — Diventò molto calmo dal momento che é entrato in lui il convincimento che sarà presto fatta la sua causa, e che la punizione sarà piuttosto lieve.

*G) Esame della vita di relazione.* — Nulla di anor-

male si rinviene sul F. nella sfera della sensibilità generale e speciale, ed in quella della motilità.

*H) Esame complementare della vita vegetativa* — La circolazione sanguigna, la respirazione, la termogenesi, la digestione, le secrezioni, ecc. non offrono nell'individuo in esame alterazioni di sorta.

## V

## Giudizio.

Tenuti presenti i dati di anamnesi remota e prossima;

Mancando soprattutto nell'imputato l'elemento diagnostico principalissimo della ereditarietà patologica, vuoi sotto forma di mentale alienazione, vuoi sotto forma di neuropatia, come epilessia, isteria, corea e simili;

Poiché il F. non fu mai alienato di spirito per come erroneamente il di lui fratello diede ad intendere al Capo guardiano delle carceri di Patti;

Ammesso che le agitazioni intermittenti, molto intermittenti!... del giudicabile rappresentino scatti violenti addebitabili al suo temperamento, al suo carattere, anzichè effetti di alterazione psichica patologica vera e propria;

Messa fuori di ogni dubbio la inesistenza presso il F. di una forma qualsiasi di mentale perturbazione o di neuropatia grave nel senso stretto e tecnico di siffatte espressioni;

---

## GIUDICO

in piena coscienza e scienza:

1.° Che F. Vittorio non è, nè è mai stato folle, pazzo, alienato di mente, maniaco, paranoico, molto meno demente; quantunque per tale all' occhio volgare si fosse talvolta imposto;

2.° Che egli commise l' addebitatogli malefizio in persona del sindaco cav. B., in istato di un certo passionale eccitamento, ma non mai in condizione di totale o parziale di transitorio o permanente dissesto della psiche;

3.° Che non possono quindi a lui applicarsi le disposizioni contenute negli articoli 46 e 47 del vigente cod. pen.; milita però soltanto in favore di lui l' istituto delle circostanze attenuanti, in grazia del suo temperamento sanguigno-nervoso, soverchiamente e facilmente eccitabile. Il F. è stato, in base alla Perizia, condannato dal Tribunale di Patti.

*
* *

Nel 1896, un fratello del soggetto in esame, ha commesso un omicidio mancato in persona di certo B. C. per quistioni d' interesse. Anche per costui é stata ordinata nel febbraio 1897 perizia freniatrica, allegandosi dal difensore la esistenza se non di una mentale infermità, d' una incoscienza morbosa, di una forza irresistibile, o quasi, nel momento del perpetrato maleficio. Ma il collegio peritale, di cui ho fatto parte, ha dovuto convincersi che nella famiglia F. è la tendenza mafiosa e criminale che si rinviene molto accentuata,

non mica la disposizione organica a forme, siano pure vaghe, di neurosi, o di psicopatia. E il verdetto medico per quest' altro ramo della famiglia F. è stato presso a poco identico a quello che, 4 anni addietro, ho da solo pronunziato intorno al primo fratello. Nulla, proprio nulla, alla più scrupolosa indagine antropologica e medico-psicologica, di anormale, di degenerativo, di teratologico, di pazzesco è stato riscontrato in cotesto secondo giudicabile; e per ciò anche per lui, fu dichiarato inapplicabile l' istituto della irresponsabilità totale o condizionale, ai sensi degli articoli 46 e 47 del codice penale imperante.

Una breve osservazione per finire!

È invalsa da qualche tempo in qua la smania nei periti medici alienisti di proclamarsi prosciolti, nell' adempiere il loro ufficio, dai legami ad essi imposti dalla legge: da liberi psicologi (dicono taluni e dei più ingegnosi fra loro) noi esaminiamo i casi che ci si danno a studiare; facciamo a meno del codice penale, opera umana e transitoria; guardiamo da vicino l' imputabilità, avvenga che può. Io ho la disavventura di non essere di accordo con tali egregii colleghi, dei quali ammiro per altro, e sino a un certo punto, la soverchia sfrenatezza di giudizio; ma ritengo invece che ai periti quali che si siano è affidato il compito non sempre agevole di dire se in una fattispecie concorrano gli estremi della tale o della tal' altra figura del codice penale. Il *reato passionale* (sotto questo nome s' intende oggimai fare rientrare per la finestra la *forza irresistibile* cacciata per la porta dalla scienza e dalla legge) è contemplato molto chiaramente dal codice penale (articoli 49, 50, 51); al di là di quelle ipotesi prefinite, esistono l' arbitrio, l' estimazione cervellotica, il fervore defensionale dei periti e null' altro. In Corte di Assise e in Tribunale

noi siamo medici, niente di più niente di meno che medici, ricordiamolo bene; e non bisogna svestire la giornea umile ma dignitosa del teste tecnico, per indossare la toga dell' avvocato, la quale potrà quanto si voglia essere onorabile, ma non lascia per questo, il più delle volte, di essere essenzialmente interessata al successo.

Anche quest'altro fratello F. s'ebbe il meritato gastigo, dietro pubblico dibattimento celebratosi in Corte d'Assise.

*G. Ziino*

# RIVISTE

---

Dott. Giovanni Mingazzini — ULTERIORI OSSERVAZIONI CLINICHE SUI DISTURBI PSICHICI CONSECUTIVI ALL'EMICRANIA — *(Monatsschrif für Psychiatrie und Neurologie)*.

In precedenti lavori l'A. ha descritto una disfrenia emicranica transitoria, i cui caratteri sono: 1.° l'emicrania precede e non segue l'apparire dei disturbi visivi; 2.° vi è stretto parallelismo fra l' intensità dell'emicrania e l'apparire prima dei disturbi visivi e poi di quelli psichici, sicché, quando il dolore diventa più forte si passa dai semplici fosfeni e dalle visioni elementari alle vere allucinazioni visive con perdita di coscienza e corrispondenti reazioni psicomotorie.

Adesso egli distingue la disfrenia emicranica transitoria, che dura ore o al massimo un giorno, dalla permanente, che é molto più lunga, e presenta esacerbazioni e remissioni del dolore, colle quali procedono paralleli i sintomi psichici. Della prima poi distingue: la varietà abortiva in cui le allucinazioni non producono perdita della coscienza nè provocano reazione da parte del malato il quale di tanto in tanto ne riconosce la natura morbosa; la varietà sincopale in cui lo stato psicopatico segue all'emicrania senza l' intermezzo dei disturbi visivi, che mancano affatto, e la varietà completa.

Quest'ultima si verifica con frequenza maggiore nel sesso maschile, nella proporziono di 5 : 1; ne sono colpiti quasi esclusivamente i giovani, specie dai 15 ai 36 anni, e a preferenza quelli in cui vi è eredità neuropatica o psicopatica. Le cause occasionali dell'accesso sono conosciute solo in pochi casi; esso é preceduto di raro da sintomi prodromici; d'ordinario scoppia d' improvviso, ed è accompagnato da visioni di vario colore. L'ultima fase è uno stato psicopatico, caratterizzato da semplice perdita di coscienza o da confusione, ed accompagnato da disturbi disfasici e perdita completa di ogni attività percettiva; dì raro si ha uno stato crepuscolare protratto. Per lo più predomina l'eccitamento psicomotorio fino al vero furore. Dopo la guarigione, rimane spesso uno stato di stordimento e di confusione, che dura uno o due giorni. Vi è am-

nesia delle cose accadute durante lo stato psicopatico: le allucinazioni sono ricordate, ma spesso in modo poco preciso.

Le forme sincopali sono rare, e riguardano, per lo più, uomini; facilmente recidivano. La forma psicopatica é delle più variabili; per lo più si ha uno stato di eccitamento con allucinazioni, talvolta impulsi a mo' di raptus con tentativi omicidi o suicidi: all'accesso segue d'ordinario sonno o spossatezza. In un caso lo stato psicopatico si sviluppó non durante l'accesso emicranico, ma dopo di esso e consistette in allucinazioni e delirio paranoide della durata di 3 giorni.

Di disfrenia emicranica permanente o protratta l' A. riferisce 4 casi di propria osservazione. Si verifica più facilmente negli uomini che nelle donne, così negli adulti come nei giovani. Dei casi riferiti, uno mostrava, nei periodi meno violenti della emicrania, leggiera deficienza nell'orientamento, attenzione oscillante, percezioni lente, memoria insicura. Un altro era di umore cattivo, taciturno, non rispondeva alle domande, rifiutava il cibo. Un altro mostrava semplice depressione; ed un altro tendenza al sonno, sicché rimaneva silenzioso, colla testa pendente, e rispondeva lentamente, ma giustamente alle domande. Le esacerbazioni dell'emicrania permanente consistevano, in un caso, di due periodi: nel primo l' infermo si lamentava di visioni di piccoli oggetti, di poliopia ecc. nel lato sinistro, a cui seguiva un gruppo di fenomeni bulbari (salivazione abbondante e fluida, arrossimento del viso, lagrimazione, acceleramento del respiro e del polso) accompagnati da disfasia motoria e leggiera confusione mentale. In un altro, invece, all' esacerbazione dell' emicrania seguiva costantemente una allucinazione visiva al lato sinistro, il cui contenuto rimaneva lo stesso per parecchie settimane. In questi periodi le sue risposte erano quasi sempre deficienti, l'attenzione difficile a fissarsi, le percezioni insicure. In un altro non vi erano allucinazioni nè illusioni, ma esagerazione della distimia e talvolta impulsi reattivi motorii. In un altro infine non vi erano recrudescenze del dolore di testa ed il suo contegno rimaneva sempre eguale. Si possono, quindi, distintiguere i disturbi psichici consecutivi all'emicrania permanente in due categorie. Una comprende il complesso dei sintomi che caratterizzano tutta intera la malattia e che consistono in uno stato di arresto in tutti i territorii della sfera psichica; l'altra categoria si compone di crisi più o meno frequenti, le quali diversificano da quelle della disfrenia emicranica transitoria per la maggiore prevalenza di allucinazioni terrifiche, per lo più unilate-

rali, cui segue uno stato di confusione con raptus impulsivi.

Fra queste due forme, la transitoria e la permanente, ve ne sono di intermedie, come p. es. di individui in cui gli accessi si seguono così rapidamente da formare un vero *stato emicranico*.

Nei lavori precedenti l'A. ha considerato queste psicopatie emicraniche come forme *epilettoidi*. Ora ritorna sulla quistione, riassumendo dapprima le varie opinioni al riguardo. Il Krafft-Ebing si domanda se questi disturbi psichici transitorii non sieno l'equivalente di un accesso emicranico; però la caratteristica di queste forme sta nell'esacerbarsi dei disturbi mentali proprio quando aumenta l'intensità dell'emicrania. Il Moebius, invece, pensa che le illusioni ed i delirii sieno crisi isteriche od epilettiche provocate dall'accesso emicranico; peró l'A. osserva che fra i suoi casi, come fra quelli del Brackmann, non vi erano precedenti epilettici, come pure che, anche quando gli accessi si ripetono per 20 anni, l'intelligenza si conserva completamente sana.

L'A., d'accordo col Krafft-Ebing, pensa che, se l'emicrania é dovuta ad un disturbo limitato nella funzione della corteccia cerebrale, un disturbo più diffuso dà luogo alla psicosi. Crede inoltre che si debba trattare di disturbi circolatorii, specialmente nei distretti provveduti dall'*arteria profunda cerebri*. L'iperemia, p. es. dei talami ottici dà luogo ad anemia della corteccia occipitale; e l'eccitamento dei centri sottocorticali si manifesta sotto forma di riproduzione delle sensazioni elementari, le quali sono giudicate come tali solo sino a quando la debolezza irritabile dei centri corticali vicini non arriva al punto da far rompere le connessioni di questi cogli altri centri della corteccia. Si ha allora la forma abortiva della disfrenia emicranica, nella quale si conserva la coscienza della malattia e le allucinazioni sono giudicate come tali. Invece nella varietà completa la coscienza rimane per alcune ore in istato crepuscolare e le allucinazioni lasciano traccie profonde, rendendo erroneo il giudizio sulla loro morbosità. Ció si può spiegare tenendo presenti le vedute di Flechsig. Questi ha dimostrato che in una parte delle circonvoluzioni parietali e temporali e nel polo del lobo frontale si riuniscono i neuroni provenienti dalle zone corticali sensitive sensoriali; sicchè questa zona forma la regione dei centri associativi. Or se si suppone che a questa zona si estende il disturbo circolatorio, si comprenderà perchè non solo non è possibile la correzione degli errori sensoriali, ma è distrutta l'unità della personalità e l'ammalato rimane confuso e disorien-

tato. La stessa patogenesi può valere per l'emicrania permanente.

In appoggio di questa teoria, l'A. ricorda che, in un caso, premendo col dito sull'occhio destro, produceva la visione di un grosso uomo rosso, e difatti è noto che l'aumento della pressione sanguigna nella retina dà luogo a sensazioni luminose. Inoltre è notevole la facilità con cui si determinano in questi infermi allucinazioni in seguito a mutamenti nella posizione del corpo; il che dimostra che i centri visivi sono in uno stato di equilibrio instabile per cui leggieri disturbi circolatorii producono effetti che non si hanno in condizioni normali.

*G. Angiolella.*

---

# BIBLIOGRAFIE

**C. Agostini** — MANUALE DI PSICHIATRIA AD USO DEGLI STUDENTI E DEI MEDICI PRATICI, CON PREFAZIONE DEL PROF. MORSELLI. — *Ed. Dott. Francesco Vallardi, Milano.*

Pei tipi del Vallardi, l'amico nostro Dott. Agostini ha pubblicato un manuale di Psichiatria, del quale, benché molti giornali si sieno già occupati, non possiamo trattenerci dal dire anche noi qualche parola. Esso si divide in due parti: la prima delle quali, contenente in succinto le norme per l'esame somatico e psichico del malato di mente, può dirsi una breve semiotica psichiatrica, che può ben sostituire la semiotica del Morselli presso coloro pei quali quest'ultima o non è, diciamo così, accessibile per difetto della necessaria coltura speciale, o rappresenterebbe qualche cosa di troppo elevato per chi non ha intenzione di darsi esclusivamente a questa branca di studî. Un capitolo molto utile per i medici pratici é quello che dà le norme per la compilazione della modula informativa che accompagna i malati che si inviano nei manicomii, e quindi riesce utile anche per gli aliensti i quali sarebbero fortunati se di ogni malato potessero conoscere bene le notizie anamnestiche, i prodromi ed il modo d'iniziarsi dei disturbi psichici. La seconda parte è una lucida esposizione delle singole forme di malattie mentali, delle quali l'Agostini dà una classificazione che si allontana da quelle finora adottate. Va da sè che trattandosi di argomento tanto controverso, non tutti possono essere d'accordo coll'A. nei criterii che lo han guidato in questa classifica, sopratutto poi se

l'accordo si vuole estendere non soltanto alle linee generali, ma anche ai criterii che presiedono alla formazione dei singoli sottogruppi; e per es. noi che pur dobbiamo essere grati all'A. di aver classificato la paralisi generale fra le frenosi da intossicazione per agenti etero-tossici od autotossici, secondo un concetto già da noi espresso e che egli ha la cortesia di accettare e citare, d'altra parte avremmo desiderato che egli avesse chiarito un po' meglio il concetto delle psicosi da *perturbamenti funzionali, specie del ricambio materiale*, tra le quali comprende la mania, la malinconia, la amenza confusionale e stupida; come pure non crediamo che sotto il nome di demenza confusionale possano andar comprese non solo la confusione mentale, ma tutte le forme di frenosi sensoria, tra cui si sa che ce ne son molte completamente lucide. Nella trattazione di alcuni capitoli, come p. es. quello dell'idiozia, dell'imbecillismo, della follia morale, delle anomalie sessuali dei degenerati, sarebbe stata desiderabile una maggiore ampiezza, dalla quale ha forse trattenuto l'Agostini il timore di accrescere di troppo la mole del libro in rapporto allo scopo cui è diretto.

Detto questo, però, del che non ci saprà male il nostro amico, aggiungiamo subito che il suo libro riceve un'impronta personale dall'importanza ed estensione che l'A. dà al concetto dell'autointossicazione nella genesi delle psicopatie, personale perchè si sa il contributo importante che con numerosi lavori sperimentali lo Agostini ha portato a questo concetto; ed ha due pregi essenziali: il primo è la lucidità dell'esposizione, il secondo il gran conto che egli fa dei lavori nazionali. In verità siamo tanto poco abituati in Italia ad apprezzarci l'un l'altro che il sistema dell'Agostini, di citare cioè abbondantemente gli autori italiani, farà meraviglia a molti; ma in una branca che è la sola in cui, come dice il Morselli, *ha potuto avere origine e sviluppo una Scuola Italiana*, è giusto che sia conosciuto il largo contributo che una schiera di lavoratori nostrani ogni giorno apporta alle conoscenze scientifiche. E sarebbe da augurarsi che gli insegnanti di Psichiatria nelle nostre università raccomandassero a-

gli studenti questo manuale, che supplisce al difetto, che finora si risentiva, di un lucido libro didattico, e che può dirsi italiano sotto un duplice punto di vista.

*G. Angiolella.*

---

**Lino Ferrani** — DELINQUENTI SCALTRI E FORTUNATI — *Studio di psicologia criminale e sociale — Como, 1897.*

Non vorrò io certo gittar su me stesso del ridico facendo quella che in gergo giornalistico si chiamerebbe « la scoperta del Ferrani», perchè il nome dell'egregio e dotto e laborioso procuratore del Re é abbastanza noto fra quelli dei più valorosi cultori e scrittori di psicologia e sociologia criminale, perchè abbia bisogno di essere presentato al pubblico che di tali studii e di tali materie più o meno da vicino s'interessa. Purtuttavia mi sia lecito dire che il Ferriani mi sembra uno dei non molti magistrati in Italia che abbiano un concetto chiaro del loro compito scientifico e sociale; perocchè è appunto lo studio della psicologia del criminale che dovrebbe costituire la parte essenziale del lavorio intellettuale di chi è chiamato ad attuare quei provvedimenti che s'indirizzano a salvaguardare nel modo miglior la società dagli attacchi di questi individui più o meno inadattabili alle sue condizioni ed alle sue leggi, che sono i delinquenti.

Limitarsi ad applicare gli articoli del codice, non già ad ogni singolo *individuo* delinquente, ma ad ogni *definizione* di reato, cui mi sembra possa paragonarsi all'opera di quei medici, che esercitano la loro professione portando in tasca un formulario, le cui ricette applicano appena incontrano un caso di quella data malattia, più o meno felicemente indovinata, più

che diagnosticata. Ed è un gran guaio codesto, perchè un enorme e ricchissimo materiale di studio, che fornir potrebbe risultati interessantissimi sulla psicologia dei delinquenti, va in gran parte perduto; ed una delle conseguenze di ciò è appunto quell'andar tentennando e brancolando nel buio da parte dei magistrati inquirenti, che è una delle cause per cui molti reati rimangono *di autori ignoti*, come lamenta appunto il Ferrani. Leggendo, infatti, il suo pregevole libro e guardando i suoi prospetti statistici, i suoi appunti psicologici sui delinquenti, spesso mi è capitato di pensare quanto maggiore avrebbe potuto essere l'utile e l'importanza del libro stesso se egli avesse potuto produrre dati statistici raccolti su più larga scala ed appunti più numerosi, il che sarebbe stato possibile se maggiore fosse il numero dei magistrati studiosi di psicologia dei criminali e minore quello degli applicatori dei formularii giudiziarii. E se dallo studio dei caratteri morfologici e psicologici degli indiziati più o meno in un dato reato, si lasciassero sempre guidare i magistrati ed anche i funzionarii di pubblica sicurezza, certo diminuirebbero i reati ad autori ignoti, non solo, ma forse, in molte occasioni, si risparmierebbero a dei galantuomini dei fastidii che loro si infliggono per seguire, in mancanza di guida più razionale e scientifica, la falsariga delle formalità viete e rancide del nostro rancido codice di procedura penale.

Tenuto particolarmente conto dell'ambiente in cui l'A. vive, ambiente in cui domina il principio che bisogna discutere *secundum legem, non de lege*, il libro de Ferriani, a parte tutti gli altri suoi meriti, ha quello sopratutto di essere un atto di coraggio. Si potrà pure osservare che egli ha posto in rilievo più la delinquenza latente delle basse o al più delle medie classi sociali, anzichè quella delle altissime (al qual proposito avremmo desiderato un capitolo sulla delinquenza dei panamisti e loro colleghi di diverse nazioni, sui concussori del pubblico danaro, sugli sfruttatori delle opere pie e della pubblica beneficenza, e simili); si potrà notare che egli, pur accennando alla necessità di rimedii preventivi per impedire certi generi di delitti, non·

dimeno mostra troppa fiducia nei mezzi punitivi e nella rigorosa esecuzione del codice penale; si potrà notare che nella trattazione di certi crimini che sfuggono alla sanzione giuridica egli dà troppa importanza al fattore individuale, ammettendo che si tratta di individui a carattere delinquente, e collocando in seconda linea un elemento che spesso è in primissima, cioè l'influenza delle cattive condizioni sociali, che fa diventar criminale chi non lo era per indole propria, come è p. e. molte volte nel finto accattonaggio e simili mezzi criminali di vivere, a cui molti sono spinti da carattere non proclive al lavoro, ma molti altri dalle difficoltà di trovare mezzi onesti di sostentamento; si potrà dissentire dall'A. circa l'influenza, che egli crede notevole, dell'educazione religiosa colla criminalità, sull'equivalenza della prostituzione sulla delinquenza, che egli nega, mettendo in rilievo le cause sociali della prima, che nessuno nega, come non si possono negare a proposito della criminalità; ma, in complesso, l'impressione che si riceve da questo libro é delle più favorevoli. E' un atto di coraggio, infatti, specialmente da parte di un magistrato, mettere allo scoperto tante piaghe sociali, tante deficienze nel codice e nella procedura penali e nelle loro applicazioni, tante ipocrisie e complicità sociali, per le quali i delinquenti che giacciono nelle prigioni finiscono per essere una parte minima e forse non la più pericolosa, di fronte a quella massa che rimane libera di danneggiare la società ed i suoi componenti.

Sarebbe andar troppo per le lunghe il procedere ad una minuta analisi pel libro del Ferriani, che del resto è difficile riassumere, tanto é denso d'idee e di fatti; accennerò soltanto come sia sopratutto importante l'introduzione in cui l'A. dipinge a vivi colori la *commedia dell'onestà*, che così frequentemente si rappresenta sulle scene sociali, e che ha il suo riflesso nella letteratura contemporanea; interessante sia il capitolo sui delitti contro l'onore, in cui l'A. mette in rilievo la natura criminosa di molti adulterii e seduzioni, che spesso si considerano come semplici pecche od errori giovanili, ed insiste sulla necessità che simili reati sieno considerati

come di azione pubblica e che sia introdotto nelle nostre leggi il divorzio, unico rimedio agli adulterii ed ai delitti che da esso hanno origine, e che funziona senza danno in altre nazioni. E sopratutto, poi, è importante il capitolo sugli speculatori delittuosi, specie là dove parla delle speculazioni sui lavori dei fanciulli, perchè in quelle pagine vibra forte il cuore dell' A., il quale si trova nel suo campo prediletto, che è lo studio patogenetico della delinquenza dei minorenni, argomento a cui è tratto appunto dal suo cnore e dall' affetto pei piccoli e pei deboli. Ma, ripeto, il libro del Ferrani bisogna leggerlo perchè se ne possano apprezzare i pregi, ed a leggerlo invita ancora la forma letteraria, spesso brillante, sempre scorrevole e piana.

*G. Angiolella.*

**Sgobbo F. P.** — ELETTRICITÀ MEDICA (ELETTRODIAGNOSTICA ED ELETTROTERAPIA) CON 105 FIGURE — *Napoli — Tipografia Sangiovanni - Ventaglieri, 87 1897.*

---

È un formulario di elettricità medica, compilato dall'egregio A., noto per altri importanti lavori di neuropatologia, a scopo precipuamente pratico. Al contrario dei diversi Trattati di Elettricità medica, che la scienza finora possiede, questo si occupa in dettaglio specie della elettrodiagnostica e della elettroterapia; non trascurando di far precedere due capitoli intorno alla fisica e fisiologia della elettricità, ove le nozioni necessarie a saper maneggiare gli apparecchi e macchine elettriche in uso, nonchè a comprendere le modalità diverse delle correnti e la loro azione fisiologica sono esposte in modo per quanto conciso, altrettanto chiaro e completo.

Chi considera quanta difficoltà spesso incontra anche lo specialista a precisare la diagnosi d'una malattia nervosa, ed i servigi che oggidì rende alla diagnostica l'esame elettrico, il quale in molti casi è l' unico mezzo atto a stabilire con precisione il concetto differenziale fra un morbo cerebrale spinale o periferico, può valutare di leggieri l'importanza pratica di questo prezioso libro.

Nel capitolo della elettroterapia, che è il più vasto e il più dettagliatamente trattato, l'A. dà prima delle nozioni generali sui varii metodi nelle applicazioni elettriche, passando poscia alla parte speciale per ogni singola malattia di tutto il sistema nervoso, ed anche degli altri organi in cui è stata usata la elettricità. In questo capitolo istruisce il medico sulla forma di corrente della quale dovrá servirsi, del metodo migliore di applicazione, della durata ed intensità della corrente e

di quanto altro la scienza e la pratica sanno consigliare in ogni singolo caso.

Nel mentre ci congratuliamo con l'A. del libro, nuovo sotto questo punto di vista, e pienamente riuscito allo scopo per cui fu compilato; siamo certi che formerà il corredo di ogni medico il quale voglia, senza l' ausilio del neuropatologo, usare con criterii scientifici la elettricità, come cura dei tanti morbi del sistema nervoso, che fatalmente dilagano col rapido incedere della civiltà.

*D. Ventra.*

# PARTE SECONDA

## Rendiconto Statistico e Morale

### del Manicomio Interprov. V. E. II.

# MOVIMENTO DEGLI ALIENATI*

*durante il 1.° Semestre 1897*

| PROVINCIE<br>CONSORZIATE, FUORI CONSORZIO<br>ENTI MORALI E PRIVATI | | Esistenti al 31 Dicemb. 1896 | Ammessi nel 1° semestre 97 | Usciti nel 1° semest. | Morti nel 1° semest. | Esistenti al 30 Giugno 1897 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avellino | u | 96 | 13 | 5 | 3 | 101 |
| | d | 48 | 10 | 6 | 5 | 47 |
| Bari | u | 102 | 16 | 5 | 3 | 110 |
| | d | 48 | 8 | 4 | 1 | 51 |
| Campobasso | u | 92 | 12 | 6 | 2 | 96 |
| | d | 60 | 4 | 7 | 5 | 52 |
| Cosenza | u | 87 | 13 | 5 | 6 | 89 |
| | d | 25 | 5 | » | 1 | 29 |
| Foggia | u | 75 | 12 | 3 | 5 | 79 |
| | d | 30 | 6 | 3 | 2 | 31 |
| Salerno | u | 127 | 25 | 15 | 5 | 132 |
| | d | 65 | 10 | 5 | 3 | 67 |
| Provincie fuori Consorzio | u | 8 | 1 | 2 | » | 7 |
| | d | 3 | » | » | 1 | 2 |
| Enti morali | u | 4 | 3 | 3 | » | 4 |
| | d | » | » | » | » | » |
| Privati | u | 20 | 6 | 4 | 1 | 21 |
| | d | 2 | 2 | 1 | » | 3 |
| Totale parziale | u | 611 | 101 | 48 | 25 | 639 |
| | d | 281 | 45 | 26 | 18 | 282 |
| Totale generale | | 892 | 146 | 74 | 43 | 921 |

## NOMINE E PROMOZIONI

Il giorno 10 del prossimo passato Luglio ha avuto luogo la riunione del Consiglio di Amministrazione di questo Manicomio Interp. sotto la Presidenza di S. E. Calenda Barone di Tavani. Oltre a discutersi le cose d'ordinaria amministrazione, il detto Consiglio dovette procedere all'assetto del Corpo Sanitario, ed alla nomina del Direttore, posto reso vacante per la dolorosa perdita dell' Egregio Prof. Limoncelli.

Su proposta della Signora Maria Nicotera, Rappresentante la Concessione del Manicomio, l'On. Consiglio di Amministrazione ad unanimitá procedeva alle seguenti promozioni:

1.° Dott. Ventra Domenico, Vice Direttore, promosso a Direttore.

2.° Dott. Canger Raffaele Primario, anziano e Segretario della Direzione medica, promosso a Vice Direttore.

3.° Dott. Fronda Rodrigo, medico primario, promosso a Segretario della Direzione medica.

4.° Dott. Del Greco Francesco, medico ord., promosso a medico primario.

Essendosi reso vacante un posto di medico ordinario, si è bandito un pubblico concorso per titoli, ed i concorrenti sono stati 21. La Commissione esaminatrice composta dal Direttore di questo Manicomio Dott. Ventra e dai Prof.ri Bianchi e Sgobbo dell' Università di Napoli, ha giudicato elegibili 17 concorrenti, assegnan-

do il primo posto al Dott. De Sanctis Sante prof. pareggiato di Psichiatria nell' Università di Roma, ed il 2.° ex aequo ai dottori Obici, medico del Manicomio di Ferrara, ed al Dott. Crisafulli Ernesto, assistente alla Clinica Psichiatrica di Napoli. Avendo rinunziato i due primi, è stato assunto in servizio il 23 settembre il Dott. Crisafulli, giovane intelligente, molto versato negli studii microscopici, e abbastanza esperto della tecnica manicomiale.

*R. C.*

Questo Giornale esce tre volte l'anno.

L'abbonamento annuo pel Regno è di Lire 7 anticipate — Per l'estero L. 9 — Un numero separato costa Lire 3.

Gli abbonamenti si fanno presso l'amministrazione del Giornale.

La Direzione ed Amministrazione del Giornale sono presso il Manicomio Interprovinciale Vittorio Emanuele II. in Nocera Inferiore.

Tutto ciò che riguarda la parte scientifica sarà spedito al Dott. Domenico Ventra (Manicomio di Nocera Inferiore). I valori e tutto ciò che riguarda l'amministrazione s'invieranno al Dott. Rodrigo Fronda (Manicomio di Nocera Inferiore).

La Direzione offre agli autori pei lavori originali 50 copie tirate a parte.

N 3

ANNO XIII. N. 3.

# IL MANICOMIO

## MODERNO

## Giornale di Psichiatria

ORGANO DEL MANICOMIO INTERPROV. V. E. II.



NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1897

# INDICE

Parte Prima

## Memorie Originali

*PSICHIATRIA*



Parte Seconda

## Rendiconto Statistico

del Manicomio Interprov. V. E. II.



Per angustia di spazio rimandiamo al prossimo numero le *riviste e bibliografie*

# PARTE PRIMA

# PSICHIATRIA

# SULLE VARIE FORME

DI

# CONFUSIONE MENTALE

## Studio clinico-psicologico

DEL

Dott. Francesco Del Greco

## I.

Caratteri della quistione. — Sguardo storico: scuola francese e tedesca.

In questi ultimi anni, specialmente in Francia per opera dello Chaslin, si è indicata con la espressione « Confusione mentale », una moltitudine di forme psicopatiche, od episodii e complicazioni di psicosi già in atto; da precedenti e contemporanei autori ancora descritte; bensì denominate in maniera assai varia e diversa. Lo Chaslin, in una bella monografia sull'argomento, annoverando i sinonimi della « Confusione mentale », sorpassa il numero di trenta. Questa ricca sinonimia in una classe di alienazioni mentali, comune fin troppo, imponesi all'attenzione; ove si consideri quanto sia povera la nomenclatura per altre forme di psicosi, come la mania e malinconia, per esempio.

Rigorosamente parlando, ogni nuova denominazione sarebbe posta ad indicare un allargamento delle nostre conoscenze. Gli uomini davanti a nuovi fatti cercano di

trovarvi qualche somiglianza con cose ed eventi ad essi già famigliari, per cui li chiamano con espressioni non molto diverse da quelle, che indicano questi ultimi. Il modo quindi come si nomina un fatto od una cosa, potrebbe in alcune circostanze a noi svelare per che via è stata essa conosciuta, con quali vedute e conoscenze, vista in dipendenza.

Per tal modo, dalla serie di nomi, con cui si è dagli autori ed in epoche diverse ricordata la Confusione mentale, non sarebbe forse impossibile ricostruire la storia di quest'ultima, ed avere presenti le dottrine ed i diversi modi di vedere. — Certamente la varietà grande di sinonimi ci fa pensare, che le psicopatie in discorso trovansi sotto circostanze assai diverse, ed ora s'impongono all'osservatore per un carattere, ora per un altro. Vi dev'essere difficoltà a colpire la nota dominante, il carattere prominente di esse; ovvero quest'ultimo deve alternarsi con altri, in modo da non dividersene del tutto, ed apparirvi variamente contemperato; ora confuso, ora distinto nell' instabile complesso dei sintomi. Epperò il problema essenziale di tali psicopatie, più che nell' isolare qualche tipo, bene definito; dev'essere nel *precisarne le diverse forme*. Volgersi allo studio di queste, è spingere bene addentro lo sguardo nell'argomento.

Scorrendone la bibliografia, noi ci troviamo (come sopra ho detto) ingolfati in una selva selvaggia di descrizioni e nomi diversi, che a bella prima inducono nella mente del lettore incertezza e disordine. Poichè alcuni hanno considerata la Confusione mentale come forma, precipuamente distinta, unica, bene definita nelle sue linee (confusione mentale primitiva, amentia, disnoia); altri l'hanno sdoppiata in due forme principali (demenza acuta e delirio sensoriale o paranoia dissociativa); oppure l'hanno quasi del tutto fusa in una vasta

e generica classe di psicopatie (frenosi sensorie, paranoie). E per mettere d'accordo il loro modo d'intendere con i fatti, presenti ogni giorno alla osservazione clinica, hanno taluni accentuate alcune somiglianze, altri insistito su non poche differenze, insinuando qua e là, nelle loro classificazioni, vedute dogmatiche, onde una buona volta dar forma stabile ai fluttuanti ed opposti aspetti delle cose in esame. Forse in nessun altro capitolo della Psichiatria come in questo, si sono adoperati dagli osservatori maggiore ingegno e svariate attitudini.

Trattandosi di psicosi aventi la fisonomia, or ora enunciata, farei opera lunga ed al certo incompleta, se volessi con diligente animo andar cercando, nei libri degli autori, quanto di esse si è scritto. D'altra parte lo Chaslin (1), il Cramer (da un punto di vista un po' diverso) (2), il Bianchi in Italia nelle sue lezioni sulla Frenosi sensoria (3); hanno, presi in complesso, diradato abbastanza l'ostico cammino, e porta occasione a chi veniva dopo di delineare, in maniera sufficientemente chiara, i *punti di vista*, secondo cui l'argomento venne studiato da autori e Scuole, ed i problemi, che esso argomento include.

Io quindi a larghi tratti vo' incominciare dal percorrere la storia della quistione, traendo vantaggio dai sopra citati autori, quando l'importanza delle cose non m'inviterà ad un esame più diretto degli scritti e delle opere ricordate. Mi studierò di bene delineare i va-

---

(1) *Chaslin.* — La confusion mentale primitive. Asselin et Houzeau éd. Paris. 1895.

(2) *Cramer* — Abgrenzung und differenzial — Diagnose der Paranoia — Allgem. Zeitschr. für Psych. LI, 1895.

(3) *Bianchi* — Paralisi progressiva e Frenosi sensoria. — Fr. Vallardi, editore.

rii *punti di vista*: essi mi saranno di grande aiuto allorchè, per mia parte, andrò cercando, se mi sarà possibile, di veder chiaro in qualche punto del difficile tema. Poichè ogni teoria, sia pure erronea nelle sue generalizzazioni, include d'ordinario qualche nuovo fatto, conquista dell'analisi alla scienza.

∴

A buon diritto lo Chaslin rivendica al Delasiauve il merito di aver avuta la piena intuizione di questa classe di forme morbose, accennate dall'Esquirol, Georget e Calmeil, sotto il nome di « demenza acuta » o « stupidità ».

Il Delasiauve assume, a carattere fondamentale di esse, « un torpore intellettuale, una assenza più o meno assoluta d' idee, l'esercizio del pensiero abolito od in arresto, una disposizione infine pari a quella di cui ognuno può trovarsi affetto, in alcuni momenti, quando le funzioni cerebrali sono inerti, come paralizzate (1) ». Inoltre considera i fatti allucinatorii, che insorgono nella stupidità, come epifenomeni, i quali se al quadro morboso danno una grande varietà di aspetti, non ne sono poi essenziali; e divide la stupidità in forma *semplice* ed *allucinatoria*. Dai casi gravi di essa passa man mano ai leggieri, fino ai disturbi psichici della neurastenia, la quale può essere *semplice*, contrassegnata da inerzia intellettuale e volontaria; od *attiva*, per idee fisse e svariati disturbi neuropsichici, che dalla condizione abulica fondamentale traggono ancora incremento (fobie, palpitazioni, ansia, ecc.).

---

(1) *Chaslin*. — Op. cit.

Il Delasiauve ha avuto quindi il merito, per una catena progressiva di fatti, di risalire dalla stupidità alla neurastenia, seguendo un filo conduttore, una idea, senza dubbio giusta, quella dell'esaurimento cerebrale. Al fattore sensoriale, od in generale irritativo, egli ha porta una importanza secondaria.

Nel 1851 (come ha raccolto il diligentissimo Chaslin) il Delasiauve ha dato una classificazione delle psicopatie, in cui accanto alla mania, demenza e paralisi generale, pone la stupidità o confusione, e quest'ultima divide in *ordinaria*, *epilettica*, *estatica*, *isterica*, nel *delirium tremens*, *delirio saturnino*, *per sostanze deleterie*, *in seguito a febbri gravi*.

Mentre pone la Confusione nel capitolo delle alienazioni generali; alcune forme morbose, indicate da illusioni ed allucinazioni, le considera tra le alienazioni parziali, sotto la rubrica del *delirio di percezione*.

Le psicosi allucinatorie adunque per il Delasiauve vanno messe altrove, e se trovansi nella Confusione, sono a questa subordinate.

È bene insistere su ciò, poichè v' hanno osservatori, i quali considerano le allucinazioni di ben altra importanza nella genesi dei fenomeni confusionali. Ed il Baillarger fu, a quei tempi, per alcuni rispetti il grande contradittore del Delasiauve, quando negli alienati con stupore vide un *elemento irritativo costante*, di alterato sentimento, e tentò di accogliere non pochi casi di stupidità nel quadro della lipemania. I due clinici insigni dopo lungo dibattito finirono col concedere l'uno in certo modo qualche cosa all' altro, e vicino alla stupidità fu riconosciuta l' esistenza d' una *malinconia attonita*. Si noti frattanto, che questa divergenza non è di poco conto: essa è un caso particolare di un problema generale, la preminenza cioè in queste psicopatie dell'*elemento astenico*, o di quello *irritativo*. Proble-

ma rimasto insoluto, anche perchè in quel tempo non bene definito e cosciente, come nell' ora presente, agli osservatori.

Appresso al Delasiauve va ricordato il Dagonet, il quale ammise nel suo trattato una stupidità semplice ed allucinatoria; ancora il Ball; ed infine si giunge allo Chaslin, che propose di tutto includere nella espressione di *confusione mentale primitiva.*

Tale parola era stata già messa dal Delasiauve accanto all'altra di stupidità. Ma invero credo vi sia differenza fra esse: la prima accoglie il concetto di disordine, mentre la seconda piuttosto l' idea di qualche cosa di inerte e passivo.

Del resto lo Chaslin, pure confortando le sue con vedute psicopatologiche diverse, porte alla scienza dalle speculazioni e pratiche indagini del Meynert, Ianet, Binet, Ziehen, ecc.; è sempre nelle linee generali rimasto seguace di Delasiauve, il quale dà ogni preminenza alla *ottusità psichica.* Anzi lo studio, che il recente autore pone nel tracciare con singolare abilità il quadro della forma idiopatica (da lui ritenuta in verità, quale *sindrome somato-psichica),* lo porta ad una teoria unitaria, sì che molte altre confusioni, in cui il carattere del torpore mentale non emerge, egli le chiama pseudoconfusioni, o delirii allucinatorii.

Questi delirii allucinatorii completamente li divide dalla Confusione, nè vi trova sempre i caratteri della paranoia acuta. In proposito esorta gli osservatori ad un esame più accurato di essi, onde stabilire bene il valore delle allucinazioni nella genesi degli altri fenomeni psicopatici.

Frattanto lo Chaslin dà al quadro della sua psicopatia confusionale una estensione grande, e la divide in *confusione mentale primitiva, idiopatica, primitiva sintomatica, confusioni secondarie;* e la prima in

*forma completa*; *iperacuta* o delirio di collasso; profonda, *o demenza acuta* propriamente detta, con le varietà di agitata e stuporosa; *leggera*; *forma tifoide* o meningitica: tutte graduazioni di un medesimo *stato fondamentale*, se non indicano quadri morbosi differenti, più dal lato etiologico, e per la complicazione di sintotomi neurosomatici diversi.

Una folla di osservatori contemporanei francesi (Toulouze, Lallier, Hannion, ecc.) ha seguito lo Chaslin, accogliendo la sua Confusione mentale, e fra tutti va ricordato il Sèglas, che ammette una paranoia acuta, distinta dalla Confusione, ed in tutto rispondente al délire d'émblée dei degenerati (1).

L'intelletto adunque dei francesi lucido, semplificatore, tende ad un punto di vista unitario, a delineare un tipo, da cui nascerebbero le tante e diverse specie o varietà; tipo dal lato psichico caratterizzato dalla confusione, dalla passività, impotenza, torpore mentale; dal lato fisiologico dall' astenia cerebrale, che va dai profondi ai più tenui gradi. Il concetto, come vedesi, è importantissimo; ma sembra ottenuto a prezzo di qualche restrizione. Contenti alle forme tipiche, pare che gli osservatori in discorso si trovino imbarazzati davanti alle forme intermedie; quasi che temessero non restasse tocca in qualche modo la simmetria dell' edifizio fondamentale.

***

Mentre in Francia la Confusione si è andata differenziando per opera dei suoi massimi clinici dal quadro delle demenze, e ne porta l'impronta d'origine con la

(1) *Sèglas* — Le délire des négations. Paris. Masson éd. — Un cas de folie post-cholerique à forme de confusion mentale primitive. Ann. médico-psych. 1893.

dottrina, or ora ricordata; in Germania essa è surta per altro modo.

Il problema nosografico attorno a cui in Alemagna vi è stato lungo e vivace dibattito, si noti, è quello della *paranoia*. Mentre i Francesi parlavano e parlano tuttavia di *delirio sistematizzato*, i tedeschi di *paranoia*. L'indefinitezza e vastità del concetto incluso in questa parola si sono prestate alle interpretazioni più diverse, a restrizioni ed ardite generalizzazioni, che se talvolta hanno messo gli osservatori fuori di strada, facendoli perdere nelle volute di analisi ad obiettivi non sempre bene determinati; d'altro canto hanno porto ai clinici mezzo di percorrere fino ai limiti estremi codesta difficile regione.

La Confusione mentale (Verwirrtheit) si è appunto andata differenziando dal tronco comune delle paranoie, che nelle forme croniche e tipiche i tedeschi chiamano Verrücktheit, vale a dire deviazione, spostamento della intelligenza. Il Westphal col mettere avanti una acuta Verrücktheit, non bene definita, bensì diversa dalle manie e lipemanie, ha posto il problema, che dalla Scuola di Vienna in special modo doveva essere definito.

Infatti il Fritsch (come dice il Cramer) negò esservi una Verrücktheit acuta, nel senso di una paranoia, o, per dir le cose con maggiore chiarezza, di un delirio sistematizzato acuto. Ammise invece uno stato di obnubilamento della coscienza, complicato da allucinazioni e delirii, che disse Verwirrtheit, e sarebbe stato appunto la forma indicata dal Westphal: trovò, che dessa è talvolta sintoma dell'epilessia, di lesioni cerebrali a focolaio, di manie, lipemanie, ed infine della Verrücktheit in parola.

Il Meynert dapprima considerò la follia acuta del Westphal, come risultante di due forme distinte,

della Verwirrtheit e della Wahnsinn ( paranoia acuta o delirio sensoriale ? ): poscia negò l'esistenza d' ogni paranoia acuta, e questo vastissimo campo di psicopatie finì col dividere in due serie morbose, quella dell'*amentia*, e l'altra della *paranoia* (1); la seconda indicata da delirii ed alterazioni della personalità, che svolgonsi in uno *stato ordinato di conoscenza* (2).

E per ragionare della prima classe di psicopatie diremo, che il Meynert, dall' osservazione di alcuni casi tipici, nei quali notava coscienza obnubilata, sognante, con mobilità dell'umore, e contradizione, inconseguenza degli atti; intuì a carattere fondamentale di essa l' *inconsapevolezza*, l'amentia, che tradotta in linguaggio teorico suona *dissociazione psichica*. Il Meynert in proposito accoglie la ipotesi fisiologica, che considera l'attività corticale (equivalente secondo molti autori di quella cosciente), come risultante di parti in funzione, altre in riposo; o per ripetere una felice metafora del Feckner, da veglie e sonni parziali; sì che la veglia intensa di una regione della corteccia gitta una ombra oscura, una quiete nelle altre.

Ora nell'amentia la corteccia in complesso, per ragioni di mancata attrazione nutritiva e turbato circolo, cade in uno stato di ipoattività. L'organo della coscienza non ha punti estesi di veglia, ma limitati e fievoli; per modo che il lavorio di associazione, ad esso pertinente, rendesi inane: l' individuo è in una condizione d' incompletezza appercettiva, in uno stato illusionale.

Le allucinazioni, l'ambascia, i momenti di gaiezza, le scariche motorie, sono epifenomeni determinati da *irri-*

---

(1) *Cramer* — Op. cit.

(2) *Meynert* — Lezioni cliniche di Psichiatria. — Trad. it. Milano.

*tazioni*, nei gangli della base, nei centri vasomotorii scaglionati nel mesencefalo. nei nuclei del quarto ventricolo: irritazioni le quali vanno a complicare lo stato, sopra ricordato, dell' organo corticale. La istessa poca attività circolatoria nelle regioni più elevate del cervello importa, quale compenso, iperemie alla base. Dietro queste vedute teoriche il geniale clinico ammette un'*amentia completa*, in cui si assommano o succedono i diversi aspetti della psicosi in esame, risultanti di una fase depressiva e poscia di esaltamento; una forma *malinconica*, una *maniaca*, infine un'*amentia stuporosa*.

Il Meynert, pure isolando del tutto questa sindrome clinica dal quadro della paranoia, fa nondimeno osservare, come l'amentia non soltanto complichi la epilessia e malattie mentali diverse, ma ancora l' inizio, l'esito, ed il mezzo del decorso di una paranoia. In tal modo finisce con lo spiegare certe forme morbose un po' enigmatiche ed indecifrabili con la fusione dei caratteri della paranoia e dell'amentia (1).

Anche il Krafft-Ebing considera nel suo trattato la paranoia nettamente divisa da codeste forme acute e confusionali, però sente il bisogno di scindere le seconde in due quadri morbosi bene distinti, nella *demenza acuta*, e nella Wahnsinn. La Wahnsinn ( che tradotta suona delirio sensoriale ) è, come la demenza acuta, una psicosi da esaurimento: non risulta, pari a questa, di *sospensione* d'ogni energia nella intelligenza; bensì viene essa determinata da *irritazione sensoriale*, che falsa il lavorio percettivo, disordina le idee, obnubilando la coscienza, e facendosi prima radice di mobi-

(1) *Meynert* -- Op. cit.

li delirii, i quali vengono meno col rimettere della condizione irritativa.

Il Koch nel suo breve trattato accoglie la idea del Krafft-Ebing su questo punto; insiste nel dire, che il delirio sensoriale, da lui chiamato non *Wahnsinn*, bensi allucinatoria *Verwirrtheit* é differente da una paranoia acuta (1). Questo mutamento di parole già rivela, come il Koch abbia inteso di meglio definire e restringere il quadro della Wahnsinn, notevolmente esteso, siccome ci parrà avanti, allorché ragioneremo del Kraepelin.

Assieme alla demenza acuta ed alla Verwirrtheit il Koch ammette la Catatonia del Kalbhaum, che considera fra le psicosi organiche; vicina quindi alla paralisi progressiva.

Il Mendel parla anche lui di una *demenza acuta* e di un *delirio allucinatorio* (2); ma pare nemmeno disconosca la esistenza della *paranoia acuta*. Egli infatti in precedenti lavori ha ammesso una paranoia acuta semplice ed allucinatoria, e detto come quest'ultima poteva per l'aggravarsi dei sintomi di eccitamento e disordine mentale toccare fino la mania allucinatoria; forma dall'autore in esame descritta da anni parecchi (3). Adunque il Mendel, a differenza della Scuola di Vienna, ammette una *paranoia acuta*, semplice ed allucinatoria, ma ancora altre psicosi affini.

Applicandosi a tale nomenclatura la parola « Confusione mentale »; questa dovrebbe includere le diverse for-

---

(1) *Koch* — Breve guida allo studio della Psichiatria. — Trad. ital. F. Vallardi ed.

(2) Societá psichiatrica di Berlino. Seduta del 17 marzo 1894. — Archives de Neurologie. Dicembre, 1894.

(3) *Cramer* Op. cit. e *Amadei e Tonnini*. La paranoia e le sue forme. Archivio ital. delle mal. nerv. e ment. Milano, 1884.

me morbose, oscillanti dalla demenza acuta alla paranoia acuta allucinatoria attraverso il delirio sensoriale.

Lo Schüle al contrario parla nel suo trattato clinico di *paranoie acute* e di *demenza acuta primitiva*: quest'ultima divide in forma *con stupore* e *senza stupore*, ammettendo, fra queste due, casi di transizione, che egli chiama di *stupore allucinatorio*. La paranoia acuta poi la divide in *forma sensoriale*, *malinconica*, *maniaca*, ed *attonita* o catatonia del Kalbhaum. Tratta a parte, come il Krafft-Ebing, del *delirio acuto*; forma complicata da febbre ed altri fenomeni somatici.

Secondo lo Schüle adunque la nostra « Confusione mentale » sarebbe per lo meno demenza acuta, e paranoia acuta.

Vero é, che in un recente articolo egli ammette al di là di quest'ultima ancora la Verwirrtheit, la quale non rientra punto nel quadro delle paranoie, poichè dimostra a caratteri fondamentali l' obnubilamento della coscienza, lo svolgersi illogico delle idee, e fenomeni somatici, che affatto notansi nelle prime. Del resto la Verwirrtheit sarebbe una *forma di passaggio* alle paranoie, come tra queste e le lipemanie e manie se ne osservano di frequente.

Nell' istesso articolo lo Schüle torna a parlare della paranoia in genere, che altrove aveva considerato, quale processo di primitiva alterazione intellettuale, volto ad uno sdoppiamento della coscienza; ed indicato nei casi cronici da lucidità, delirii, e false percezioni; negli acuti da uno stato di sogno con grande irritabilità dei centri sensoriali. Egli appunto osserva, che nella genesi di tale processo non va negata la *influenza della imaginazione*, onde generasi il lavorio allucinatorio; ed ancora per l'eccitabilità subiettiva, per i' sentimenti anormali, non può disconoscersi l' *altera-*

*zione della sensibilità*. Da questo secondo carattere il processo paranoico si riconnette alle psicosi affettive, come dall'altro ( influenza della imaginazione ) alla Verwirrtheit (1).

È questa, come vedesi, una esplicazione di quanto aveva già espresso il clinico insigne nel suo trattato, alchè parlando degli accessi deliranti confusionali, i quali complicano non di rado una paranoia cronica; diceva essere tali accessi non altro, che vere fasi di paranoia acuta, indici di tutto un processo morboso.

E per finire con i maggiori trattatisti alemanni, veniamo al Kraepelin.

Questo autore in una recentissima edizione del suo trattato ci ha porto una classifica delle malattie mentali, che per la scrupolosità e moltitudine di elementi, di cui risulta, è davvero una classificazione clinica, adeguata allo stato presente della scienza. Egli l' ha estratta da una estesissima raccolta di minute istorie, personali o di altri, e nel lavorio di isolamento delle forme morbose ha seguito un metodo eclettico, classificandole, sia per l'elemento etiologico, che anatomo-patologico, ed infine per quello dei sintomi (1).

Egli adunque, come altri autori tedeschi, mette in un capitolo a parte i *delirii febbrili, o tossici* (per microrganismi, o veleni non organici, con poca o nessuna febbre). In un secondo capitolo descrive gli stati di esaurimento acuto (Die acuten Erschoepfungszustände), che divide nel *delirio di collasso*, nella *akute Verwirrtheit*, e *demenza acuta*; suddivisa quest'ultima in forma maniaca e forma stupida.

---

(1) *Schüle* — Zur Paranoia Frage. — Allg. Zeitschr für Psych. L. 1894.

(1) *Kraepelin* — Psychiatrie. Ein Kurzes Lehrbuch für Studireade und Aerzte. Vierte vollstaendig ungearbeitete Auflage. Leipzig. — 1893.

Lasciando da parte le manie, malinconie, frenosi periodiche, ecc., che non fanno al nostro soggetto; diró che l'autore ammette una Wahnsinn, forma di psicosi a sviluppo acuto o subacuto, risultante di idee deliranti in certa connessione fra loro, ma non aventi profonda radice nello spirito; di coscienza non molto turbata e vivezza emotiva; con modificazione nel peso del corpo durante lo sviluppo della psicosi; ed esito, ora felice ora con indebolimento consecutivo.

Egli divide la sua Wahnsinn in una *halluzinatorischer Wahnsinn* con 4 subvarietà, ed in una *depressiver Wahnsinn*.

L'A. tratta poi a parte della *Verrücktheit*, e pone la *catatonia*, fra le degenerazioni psichiche (die psychischen Ertartungsprocesse).

Naturalmente il delirio febbrile, tossico, l'acuta Verwirrtheit, la demenza acuta, la Wahnsinn allucinatoria e la depressiva, la catatonia; queste sette forme morbose rientrano tutte nel quadro della Confusione mentale, a meno che con questa non voglia soltanto indicarsi l'acuta Verwirrtheit astenica, forma troppo ristretta, e dal Kraepelin caratterizzata da disturbi ideativi sotto forma di vaneggiamento, ideorrea, allucinazioni, illusioni; da mobilità di umore; leggera agitazione, arresti o paralisi psicomotrici.

*
* *

Non soltanto i precedenti, ma ben altri autori tedeschi hanno ragionato delle psicopatie in discorso, in maniera isolata, o studiando la paranoia; come il Conrad, Salgò, Werner, Yung, Scholz, ecc. Fra questi vanno ricordati ancora il Mayser, che ha scritto della Confusione mentale (halluzinatorischer Wahnsinn), senza riuscire però a differenziarla dalla para-

noia acuta (1); ed il S e r b s k i, il W i l l e, i quali hanno bene affermato codesta distinzione. Il W i l l e, pure insistendo sul disordine della coscienza, come sintoma iniziale, poichè mette le allucinazioni in seconda riga, sente nondimeno il bisogno di separare dalla Confusione la demenza acuta, forma a parte (2).

Eppure, se non erro, questi ed altri autori non pare abbiano portato alla quistione vedute novelle oltre le già esposte precedentemente.

Va fatta eccezione per un gruppo di recentissimi osservatori, i quali si ricollegano allo S c h ü l e nello svolgere i punti di similarità tra la Confusione e la paranoia, senza del resto confonderne gli aspetti sintomatici.

Essi hanno portato negli esami una analisi psicologica, assai raffinata, attaccandosi alle forme psicopatiche intermedie, come a quelle che ne fanno presentire qualche cosa di più profondo di una semplice divisione tassonomica fra le sindromi in discorso.

Già il M e y n e r t, pure negando la forma acuta della paranoia, aveva (come sopra ho ricordato) detto, che molte volte l'amentia appare commista ad una paranoia in isviluppo; e lo S c h ü l e nel suo libro considerava gli episodii confusionali d'una paranoia, come vere fasi acute di questa; non fenomeni aggiunti, ma qualche cosa di essenziale al tutto.

Ora l' O r c h a n s k y descrive una Confusione mentale, ed una paranoia acuta: la prima nella grande maggioranza dei casi egli la ritiene non diversa dallo *stadio di sviluppo raccorciato d'una psicosi complessa* (3).

---

(1) *Chaslin* — Op. cit.
(2) *Chaslin* — Op. cit.
(3) *Cramer* — Op. cit.

Con maggior chiarezza si esprime il Kirchhoff. Egli ammette una Verwirrtheit, una Wahnsinn, una Verrücktheit: considera quest'ultima, come una mania e lipemania, in cui il *lato delirante svolgesi e rendesi atrofico quello delle alterazioni affettive*. Nei casi in i due lati si conservano, e vi ha rapida organizzazione di idee deliranti fra allucinazioni e sentimenti profondi, trattasi di Wahnsinn. In quanto alla Verwirrtheit egli dice esservi *una forma astenica*, che si determina in disturbi psichici acuti da esaurimento; ma ancora *un'altra forma, esito di manie* nella loro fase di declinazione, volte a divenire paranoie; od infine *esito di paranoie*, che hanno toccato il loro pieno sviluppo e tendono alla fine. « La Verwirrtheit nel primo caso appare come il fondamento dell'edifizio; nel secondo, non ne rappresenta che le rovine » (1).

La Verwirrtheit sarebbe adunque per il Kirchhoff il ponte di passaggio, il punto d'attacco, la fase germinale della paranoia; lo stato psicopatico indefinito, onde quest'ultima si determina, ed a cui può essa tornare.

Nel quadro generale che fa il Kirchhoff delle psicopatie, vedesi come egli si accosti molto a quanto recentemente disse lo Schüle.

Adunque gli autori in parola sono volti ad una concezione unitaria, che senza confondere la Confusione con la paranoia nei singolari aspetti clinici, nondimeno dei fenomeni peculiari alla prima ed alla seconda, si studia trovare i punti di similarità, in quanto successione genetica di fenomeni. Gli autori in discorso pare si sforzino d' intuire, sotto le caratteristiche sindromi, un *processo* di fenomeni morbosi, che a seconda degli stadii

(1) *Cramer* — Op. cit.

in cui si arresta, o svolge; ora ne dà le forme classiche di paranoia e Confusione; ora quelle intermedie e miste.

Insensibilmente quindi lo Schüle, l'Orchanscky, il Kirchhoff passano dalla Clinica alla Semiologia, alla storia d'ogni sintoma morboso: tendenza marcatissima nello Ziehen.

Questi dà un saggio analitico-semiologico della Confusione e paranoia acuta e cronica; allorchè ritrova in ciascuno di questi tre gruppi morbosi presenti tre sintomi: *incoerenza, allucinazioni, delirio.* Egli osserva, che il delirio nemmeno fa difetto nelle forme confusionali più incoerenti, come le allucinazioni ritrovansi perfino nella pazzia dei querulomani. Per ripetere la sua nomenclatura diremo, che egli chiama la Confusione tipica *paranoia dissociativa*, e considera il disorientamento della coscienza, quale fenomeno derivato, essendo la *incoerenza* il fatto primitivo.

Accanto alla *paranoia dissociativa* ammette, per il predominio dei sintomi, una *paranoia allucinatoria*, ed una *delirante*; lontane da queste considera la *demenza acuta*, la *lipemania* e *mania*. Senonchè fra le seconde e le prime egli trova forme di passaggio, in cui assieme ai fatti allucinatorii ripetonsi le condizioni intellettuali caratteristiche della mania (acceleramento nel corso delle rappresentazioni) e della lipemania (arresto) (1). La psicosi del Kalbhaum viene considerata a parte.

Secondo lo Ziehen adunque la Confusione comprenderebbe una demenza acuta, una paranoia dissociativa, e forme allucinatorie di passaggio tra lipemania, mania, e paranoia, oltre la psicosi del Kalb-

(1) *Ziehen* — Ueber des Vorstellungsablaufes bei Paranoia — Arch. f. Psych. T. XXIV, 1892.

haum. Ne segue, che la Confusione, ove si metta da banda la demenza acuta; per l'autore in discorso, anzichè un fatto di *sospensione*, arresto della energia associativa; importa un *disordine*, un turbato dinamismo psichico, una mancata euritmia nella rapidità del corso delle rappresentazioni, le quali non riescono alle normali coordinazioni mentali; siccome in maniera più tenue verificasi ancora nella paranoia delirante od allucinatoria, ed inizialmente nelle ordinarie manie e lipemanie.

Infine il Cramer, dopo avere percorsa la storia di codeste forme dal punto di vista dei limiti della paranoia, poggiandosi in ispecial modo sulle analisi dello Ziehen; dice, che i tre sintomi, sopra cennati, ritrovansi appunto in tutte le forme in esame, e che l'incoerenza è caratteristica della Verwirrtheit, le allucinazioni della Wahnsinn, come il delirio della Verrücktheit: forme tutte differenziantisi *da un fondo comune paranoico, propriamente detto.* (1).

Ed in una seduta alla Società Psichiatrica di Berlino, in cui si discuteva sull'argomento, egli ha finito col proporre la seguente classificazione delle malattie mentali: *pazzie del sentimento (mania, malinconia)*; *della intelligenza o paranoiche* (includendo in queste ancora i delirii tossici e febbrili); infine le *anoie*, forme in cui l'attività psichica (intellettuale o morale) è primitivamente manchevole o soppressa. L'A. inoltre insiste sulle forme intermedie fra l'una e l'altra classe di psicopatie (2).

La Confusione adunque, secondo il Cramer, non

(1) *Cramer* — Op. cit.

(2) *Cramer* — Op. cit. e Società Psichiatrica di Berlino. Resoconto degli Arch. de Neurologie. Maggio, 1895.

sarebbe tutta compresa nel quadro delle psicosi intellettuali, ma rientrerebbe in quello delle anoie.

.·.

Da questa rapida scorsa nel campo dei lavori tedeschi, vediamo, esser vero quanto altrove avevo affermato, intorno al fatto d'essersi distinte le psicopatie in esame specialmente dal tronco delle paranoie. Gli autori conoscevano soltanto una demenza acuta; ed ai confini tra questa e la paranoia, avevano il presentimento di follie acute intellettuali, non bene definite.

Alcuni presto vi staccarono la Verwirrtheit (Fritsch), o la Wahnsinn (Krafft-Ebing); altri ammisero una paranoia acuta in primo tempo (Mendel, Schüle), che finirono con sdoppiarla in paranoia acuta e Verwirrtheit (Schüle), e paranoia acuta e delirio allucinatorio (Mendel).

La divergenza adunque degli autori si accentua *intorno al modo, come debba intendersi* questa follia intellettuale, diversa dalla paranoia, cronica od acuta, che sia: come forma *astenica del tutto*, o come *delirio sensoriale?* Come Verwirrtheit o come Wahnsinn? E la Verwirrtheit è tutta distinta dalla demenza acuta, o può fondersi in questa?

Il Meynert appunto fonde la Verwirrtheit, la demenza acuta e la Wahnsinn nelle vaste linee della sua amentia; il Kraepelin, mentre avvicina la prima alla seconda, in quanto ambedue forme asteniche, nel fatto le mantiene distinte; e quasi non bastasse, ammette ancora una alluzinatorischer e depressiver Wahnsinn. Lo Ziehen chiama la Verwirrtheit paranoia dissociativa, distinta dalla demenza acuta, e ragiona d'una paranoia allucinatoria. Le allucinazioni, per lo

Ziehen, si generano in duplice modo, da incoerenza nella paranoia dissociativa; da irritazione del sensorio nella paranoia allucinatoria (1). Il Cramer infine mentre dice la Verwirrtheit paranoia, la demenza acuta chiamala anoia.

Come vedesi, vi è un punto oscuro nella interpetrazione clinica. Gli autori sono d'accordo nell'ammettere forme asteniche (demenza acuta, Verwirrtheit), distinte compiutamente dalla paranoia acuta; ma tra le une e l'altra intuiscono un terreno di forme intermedie (la istessa Verwirrtheit, la Wahnsinn, la paranoia dissociativa), intorno alla cui natura diversamente si pronunziano: alcuni finiscono col considerarle non lontane dalla paranoia (Ziehen, Kirchhoff, Cramer); altri ciò disdicono, o senza disdirlo, le chiamano Wahnsinn (Mendel, Kraepelin, ecc.), in altre parole delirii sensoriali; delirii, in cui le allucinazioni hanno un valore grandissimo, se non patogenetico, nella genesi della confusione.

Questa fluttuazione di criterii nell'interpretare un istesso gruppo di forme rivela la complessità delle sindromi psicopatiche, e la poca conoscenza dei rapporti genetici, che insistono fre gli elementi, di cui risultano.

Mentre la Scuola francese ha conservata la chiarezza della sua primitiva intuizione, limitandosi nello studio di queste forme soltanto ad alcuni casi tipici; la tedesca le ha percorse tutte e scandagliate profondamente; senza riuscire però ad unità e completa definitezza di vedute.

(1) *Ziehen* — Op. cit.

## II.

**Sguardo storico: autori inglesi, americani, russi. Scuola ed autori italiani.**

Autori inglesi ed americani si sono occupati della Confusione mentale, portando alla quistione un notevole contributo di osservazioni; e l'hanno detta, ora *stupor, delusional stupor*, col Newington, ora *primary confusional Insanity, acute hallucinatory confusion* col Spitzka. Il Conolly Norman ha distinta la sua *acute confusional Insanity* dalla paranoia e della demenza acuta (1); e la istessa forma è stata descritta dal Worcester, come psicosi astenica, in cui i *sintomi allucinatorii* vengono generati dalla confusione, e gli stati affettivi, i delirii, sono conseguenza di quelli (2).

Del resto gli osservatori ora ricordati non pare abbiano svolti nuovi punti di vista, quantunque ad essi va certamente dato il merito di avere per loro conto distinta la psicopatia in quistione dalle altre, dandole un nome particolare.

Fra i russi giova ricordare lo studio del Rosen-

(1) *Conolly Norman* — Acute confusional Insanity. — Iournal of Medical Science, 1890.

(2) *W. L. Worcester* — Confusional Insanity. — American Journal of Insanity Iu. 1894.

bach (1), e sopra tutti il Korsakow, che in una serie di comunicazioni ha descritta la *psicosi-polineuritica* (2), e distinta la Confusione mentale tipica col nome di *disnoia*, senza negare le affinità e simiglianze, che insistono fra essa e le altre forme psicopatiche.

Egli nella sua classificazione mette in una prima classe i *disordini psichici*, fra quelli legati a malattie generali somatiche e ad intossicazioni, comprendendovi il delirio febbrile, la confusione mentale astenica, il delirio di collasso, ecc.

Nella seconda classe parla in una prima sezione di *forme fondamentali* psicopatiche, e quindi della mania, malinconia, e *disnoia*, caratterizzata da disordine nei processi psichici. La disnoia, del tutto equivalente all'amentia del Meynert, il Korsakow la divide in quattro varietà: *disnoia abortiva*; *disnoia delirante*, follia allucinatoria acuta (Wahnsinn); *disnoia stupida*, demenza acuta primitiva curabile; *disnoia dementica*.

Nell' istessa sezione, a parte sotto il gruppo delle *follie sistematiche primitive* si occupa delle *paranoie acute e subacute*, come tra le follie a *forma mista*, della *vesania catatonica*.

In altra sezione poi, fra le *costituzioni psicopatiche*, accanto alla paranoia originaria e follia morale, parla del *délire d'émblée* dei degenerati: e vicino alle *psicosi neurosiche* ricorda quelle da alcoolismo, i disordini psichici per morbo di Basedow, ecc.

Fra i *disordini psichici organici*, nel capitolo istesso della paralisi progressiva, pone l'A. il *delirio acuto*, e la *psiccsi polineuritica* (3).

---

(1) *Rosenbach* — Contribution à l'étude de quelques formes aiguës ecc. — Annales médico-psych. 1891.

(2) *Colella* — La psicosi polineuritica. Monografia. An. di Neurol. 1894.

(3) *Keraval* — Les délires plus ou moin cohérents désignés sous le nom de Paranoia. — Archives de Neorologie, mars, 1895.

⁂

E' omai cosa, irta di grandi difficoltà, lo andare nei nostri tempi ricercando d'ogni Scuola, o gruppo di osservatori, la fisonomia caratteristica; svelare la prima genuina intuizione, che quelli hanno avuto d' un determinato problema, seguendo il proprio genio nazionale ed il momento storico. Le idee passano rapidamente d'uno in altro paese, poiché le condizioni propizie alla loro genesi ripetonsi nel tempo istesso in più luoghi: sono le idee, al dir di Mefistofele, per diffusibilità qualche cosa di peggio di ogni malattia infettiva. Quindi le novelle e pronte vie di comunicazione, aperte al pensiero nei tempi nostri, finiscono col sostituire in gran parte alle locali disposizioni ambienti di coltura e tradizione, quanto v'ha d' individuale, svolto all'attrito di vedute e conoscenze assai diverse, originatesi in paesi prossimi o lontani molto, per tempo e regione. Se questo sostituirsi del temperamento individuale a quello di razza è stato osservato nei nostri tempi per l'Arte; con maggior ragione deve esser vero per la Scienza, la quale volta com'é a studii impersonali; meno dell'altra è soggetta al fattore subiettivo.

Per tali ragioni, da colui, che avesse in animo di esaminare i lavori pubblicati nel nostro paese sulla Confusione mentale, pochi di numero ed ispirati ad idee e metodi diversi; potrebbe credersi non avere noi portato alla quistione un contributo veramente originale. Eppure tale credenza sarebbe in molta parte falsa.

Se i francesi col vecchio Esquirol hanno distinta la forma in parola dalle demenze, insistendo sul fatto dell' astenia cerebrale; ed i tedeschi hanno mirato precipuamente al *disordine* nei processi mentali, ed ai punti di connessione con la paranoia (meno ai rappor-

ti di tale psicosi con le alterazioni del sensorio) gl' Italiani si sono volti appunto a codesto ultimo aspetto all'*elemento sensoriale.*

Il concetto empirico di psicopatie, originate da irritazione e disordine dei sensi, si ritrova nelle varie Scuole e manicomii d'Italia.

Già il Verga con la sua frenosi sensoria, in cui insiste, più sulla patogenesi allucinatoria di molti disturbi mentali, anzichè sui limiti di essi, e sul loro preciso valore nosografico; enuncia in germe (1) quanto poscia doveva essere dal Bianchi esposto e maturato (2); raggiungendo per tal modo la intuizione della Scuola italiana forma teorica e compiuta.

Infatti il Bianchi accoglie e subordina un grande numero di forme ed aspetti psicopatici diversi al fatto primitivo, essenziale, all'allucinazione. Il turbato meccanismo cerebrale incomincia a rivelarsi in questi infermi con un semplice disordine percettivo (stato illusionale), o con una, o parecchie allucinazioni. E' il primo segno, che esplode non di rado fra l' apparente sanità di tutta la psiche, e mostrasi indice di un dislivello nelle energie cerebrali: queste si accentrano e manifestano nel campo del sensorio, inducendo nelle altre regioni corticali arresti, sonni parziali e squilibrii diversi. L'allucinazione adunque fa nell' intima successione dei sintomi morbosi da elemento patogenetico; ed ora trova nelle altre parti dell' organismo cerebrale bastante resistenza e compattezza; ora dà moto a complesse reazioni, che portano ad aspetti sintomatici diversi, ed ancora a scariche motorie, improvvise, epilettoidi; river-

---

(1) *Verga* — David Lazzaretti e la frenosi sensoria. — Arch. it. dele Malattie ment. e nerv. Milano.

(2) *Bianchi* — Op. cit.

santesi la instabile energia del sensorio sulle regioni motrici.

Il Bianchi quindi divide la sua frenosi sensoria in *una forma illusionale,* allorchè l'infermo si guarda, per e., in uno specchio, e trovasi deforme, mutato da quello, che era nei giorni passati. Tale conoscenza non é senza eco, ripercussione sulla mente instabile, già in preda ad un lavorio di squilibrio e disordine. Una *seconda forma* é caratterizzata dal lavorio di una sola, oppure di diverse allucinazioni, contro cui l' infermo a lungo dura. Egli lotta con esse, con interpretazioni deliranti, che, da quelle irraggiantisi, vorrebbero penetrare, scuotere, mettere in disordine la psiche. Ed infatti non di rado ne seguono rapidi oscuramenti, o strane reazioni, od arresti lipemaniaci, che per brev'ora si accennano e presto vengon meno.

*Una terza* appunto considera i casi, in cui alla fase allucinatoria primitiva seguono in maniera persistente tali conseguenze morbose. La ricca, cangiante sintomatologia di queste ultime forme resta in tal modo spiegata. Non maraviglia perché talvolta alla prima fase allucinatoria segua lo *stupore* più profondo; o *stati catalettoidi,* alternati da fasi di agitazione; od uno *stato impulsivo abulico*; od un duraturo *accesso lipemaniaco.*

V'ha un *quarto gruppo* di forme, in cui la instabile energia, accumulata in un punto del sensorio, diffondesi per altre analoghe regioni, iniziando il *delirio sensoriale tipico*; per modo che in tali infermi, ai sintomi della sfera emozionale e motoria, s' impongono quelli sensorio-deliranti; ed infine dal nucleo di questi ultimi può bene differenziarsi un delirio sistematizzato, *paranoico addirittura,* che regge sostenuto dalla irritazione dei sensi ed evolve fino a demenza, o guarigione.

Molti casi di delirio paranoico allucinatorio ed altri di demenza acuta, rientrano per tal modo, attraverso

gradi molteplici, in una sola e vasta classe di psicopatie. Una predisposizione congenita od acquisita in composizione con fattori diversi esaurienti, fisici e morali, non manca in questi infermi. Il Bianchi riconosce pure, che v'hanno casi di *stupidità primitiva* semplice, senza allucinazioni, specialmente nei neurastenici, paralitici, od in seguito a grave emozione depressiva (paura); ma non sono frequenti rimpetto al gran numero di forme, che presenta il meccanismo psicopatogenetico, sopra descritto.

Non poche frenosi sensoriali hanno un' origine autotossica, o marcatamente infettiva, come il *delirio acuto bacillare*, dimostrato dall' istesso autore in due pubblicazioni successive (1).

La frenosi sensoria, concepita in tal modo, abbraccia, come sopra abbiamo detto, ancora molte psicopatie, che da altri autori sono considerate, quali forme di paranoia. Secondo il Bianchi, la paranoia è la *pazzia delle idee*, mentre la frenosi sensoria è *quella dei sensi*. Così abbiamo due serie di fenomeni morbosi: — *idee deliranti* e *disordini sensoriali* —, che non di rado fondonsi nell' individuo istesso, e danno prodotti simiglianti, originati nei paranoici tipici da una primitiva deviazione intellettuale, negli altri da una o parecchie allucinazioni.

Secondo queste vedute la Confusione mentale sarebbe compresa, da una parte nella stupidità primitiva astenica, ma più nel vasto capitolo della frenosi sensoria.

Il Loiacono e di recente il Noera hanno portato un notevole contributo alla casuistica, ispirati dalle idee del Bianchi. Il secondo ha raccolti sette ca-

(1) *Bianchi e Piccinino* — Sulla origine infettiva d'una forma di delirio acuto. — Annali di Neurologia, 1893.

*Id.* Nuovo contributo alla dottrina della origine infettiva del delirio acuto. — Annali di Neur. 1894.

si di frenosi sensoria, dei quali è riuscito ad osservare l'inizio, caratterizzato sempre dalla insorgenza di una o più allucinazioni (1).

L'altro lavoro, che più si avvicina ai precedenti, per la genesi sintomatologica della confusione e dei delirii, benchè volto a diverso obbiettivo; è la comunicazione del Ventra sul *delirio sensoriale cronico*, presentata all'istesso Congresso di Roma, in cui il Bianchi formulò le sue idee sulle psicosi in esame (2).

Il Ventra a proposito di molti casi da lui osservati di guarigioni tardive di psicopatie, trova esservi non pochi individui infermi di frenosi sensoria. Di questa egli appunto delinea la forma cronica, dividendola, secondo la casuistica da lui esperimentata, in frenosi sensoria cronica *a tipo maniaco*, ed a *tipo malinconico*; la forma malinconica sdoppia in forma a tipo malinconico *ansioso*, o torpido, *stuporoso*, che talvolta va fino ai fenomeni catalettoidi. Trova inoltre una forma di frenosi sensoria cronica a *tipo paranoico*; una *circolare*, in cui si succedono fasi maniache sensoriali a fasi malinconiche; ed infine una *forma ricorrente*.

Dunque egli distingue sei gruppi di delirii sensoriali cronici. Sono importanti le considerazioni, che l'A. fa sui caratteri differenziali fra il delirio sensoriale cronico paranoico e la paranoia, rigorosamente parlando; come cioè nel primo caso il sistema delirante sia retto dalle condizioni allucinatorie, ne subisca le fluttuazioni e le intermittenze, senza essere intimamente compenetrato nella personalità del soggetto. Alla sindrome sensoriale il Ventra assegna limiti più ristretti del Bianchi, adoperando in tutto lo scritto non la pa-

---

(1) *Nożra* — La Frenosi sensoriale. F. III, — Dal Pisani,1896.

(2) *Ventra* — Atti dell'XI Congresso medico internazionale, Roma 1894, e Le guarigioni tardive della pazzia. Man. mod. Ann. VI ed XI.

rola *frenosi,* bensì la vecchia espressione clinica di *delirio sensoriale.*

∴

I lavori, che sono andato esponendo mi sembrano caratteristici della Scuola italiana, ed aggruppati sotto una veduta patogenetica. Bisogna ora tener discorso di altri osservatori, e di qualcuno ispirato alle idee del Morselli.

Dirò, che prima del Verga il Bonucci, il Girolami, il Gambari (1) avevano toccato di forme morbose, riguardanti questo oscuro capitolo della psicopatologia: specialmente il Gambari aveva trattato di una forma di stupidità da non confondersi con la lipemania.

Al Verga seguí il Morselli, che in un importante saggio di classificazione delle malattie mentali fino dal 1883 pose tra le frenopatie (psicosi del cervello completamente sviluppato) e nel capitolo di alienazioni mentali *senza primitiva alterazione del sentimento,* tre forme bene distinte: la *frenosi sensoria, la stupidità* e la *catatonia* (2). Come vedesi il Morselli fino da quel tempo parlava di psicosi senza primitiva alterazione del sentimento; intuiva quindi quella parentela tra le psicopatie in parola e le paranoie, affermata recentemente dal Cramer.

Dopo il libro dello Chaslin tornò il Morselli sulla quistione, e disse che v'ha un ordine di psicopatie, caratterizzato da *sospensione* dei processi psichici, con o senza partecipazione dell'elemento motore (stupidi-

(1) *Bonucci* — Fisiologia e pat. dell'anima umana. 1852.
*Gambari* — Sulla forma stupida primitiva della pazzia e sua distinzione dalla malinconia — Appendice psichiatrica della Gazz. med. lombarda, Milano. 1864.
(2) *Morselli* — Saggio di Classificazione. — Torino, Roux, 1883.

tà); un altro da *disordine*, atassia di essi, senza primitive alterazioni affettive (disnoia del Korsakow).

Egli aggiunse, che la sua frenosi sensoria era appunto la disnoia, la confusione mentale dello Chaslin, la pazzia od amenza confusionale: gruppo di forme, che, come il Meynert, nettamente distingueva dalle paranoie (1).

Il Morselli considera l'allucinazione, quale sintoma non primitivo, la vede subordinata ad una condizione morbosa generale, onde iniziasi ancora la confusione. Per tal modo si allontana dagli osservatori, sopra ricordati, i quali tanto insistono sulla origine sensoriale della sindrome in discorso. Vero è, che alla espressione *frenosi sensoria* egli dà il significato di un assieme di sintomi mentali, che può ripetersi, sia nella paranoia, che nell'amenza (2).

L'A. nelle note alle « Psicosi » del Ballet tocca qua e lá dell'argomento, e dimostra come la teoria unitaria dei francesi, pare, non sia accettabile, insistendo sulla divisione fra amenza *stupida* e *confusionale*; considera a parte la psicosi del Kalbhaum, di cui in Italia si é occupato il Tamburini con una dotta analisi sulle varie opinioni degli autori intorno ad essa (3); e non ritiene punto sciolto il problema delle forme di Confusione mentale, vedendo come anche i clinici meno amanti di sottili distinzioni, sieno tutt' altro che alieni da enumerare gruppi e sottogruppi di psicosi a queste assai vicine (4).

Sotto l'ispirazione di tali idee il Buccelli, aiuto del

---

(1) *Morselli* — La pazzia confusionale o disnoia. — Gazzetta degli Ospedali, 1895, due articoli.

(2) *Morselli* — La pazzia conf. ecc. (2. articolo).

(3) *Tamburini* al Congr. Fren. di Siena e nella Rivista sper. di fren. 1886.

(4) *Morselli*, Note ed aggiunte al Trattato di medicina di Charcot, Bouchard. — Trad. it., Torino, 1895.

Morselli a Genova, scrisse un buon articolo intorno alla necessità di dividere l'amenza nelle due forme, sopra ricordate (1), e parlò altrove di alcune alterazioni poco note della sensibilità cutanea nella forma stupida (2).

L'Agostini, nel suo breve e lucido manuale, adotta la istessa divisione del Morselli: inoltre, tra le *pazzie precoci* dei degenerati, ammette un'*amenza* e *delirii paranoidi*; e tra le *pazzie tardive* dei medesimi, la *catatonia* (3).

∴

L'Amadei ed il Tonnini, quando scrissero la loro bella monografia sulle diverse forme di paranoia, considerarono clinicamente distinto dalla paranoia psiconeurotica acuta allucinatoria, il delirio sensoriale, ammettendo però delle forme di passaggio fra l'una e l'altro (4).

Il De Luzenberger in un succoso articolo illustrò primo in Italia le idee del Meynert, adottando però una nomenclatura italiana, e porgendo alla quistione un contributo di osservazioni personali (5).

Il Grimaldi con felicità d'idee innestò il délire d'émblée dei francesi nel concetto della paranoia, riuscendo quindi ad una lucida, particolareggiata descrizione di tutti i sintomi, riferibili alle forme acute di questa (6).

---

(1) *Buccelli* — Le forme stupide e le forme confusionali dell'amenza — Rivista di pat. nerv. e ment. Luglio, 1896.

(2) *Buccelli* — Di alcune alterazioni poco note della sensibilità cutanea (sindrome siringomielitica) nell'amenza stupida. — Riv. sper. di Fren. 1896.

(3) *Agostini* — Manuale di Psichiatria. — Vallardi ed. Milano. 1897.

(4) *Amadei e Tonnini* —La paranoia e le sue forme — Archivio it. delle malattie nerv. e ment. Milano, '84.

(5) *De Luzenberger* — Del Delirio sensoriale acuto. — Man. mod. anno IV, 1, 1888.

(6) *Grimaldi* — Contribuzione allo studio delle psicosi degenerative. Man. mod. Anno V, 3, 1889.

Il Roncoroni in un capitolo sulla paranoia ha dato una classificazione delle malattie mentali, tutte dividendole in *frenopatie* (forme essenzialmente acquisite), e *parafrenie* (forme congenite). Le prime divise in una classe di psicopatie con fenomeni incompletamente automatici di reazione motrice, ed in tale capitolo mise la *frenosi sensoria* e lo *stupore*; nella seconda classe di frenopatie con fenomeni di reazione motrice completamente automatici; tra quelle con fenomeni motori a prevalenza di eccitamento pose la *catatonia* e la *demenza primitiva*, e con fenomeni motori paralitici il *delirio acuto* (1). Come vedesi, il criterio adottato dall'A., è l'*elemento motore* nei suoi molteplici aspetti.

Il Mingazzini in tre memorie successive ha descritta una particolare *disfrenia emicranica*, sindrome neuropsicopatica consecutiva agli accessi d'emicrania, e caratterizzata da disturbi visivi, i quali crescono col dolore; sì che da semplici fosfeni e da visioni elementari passano a vere allucinazioni con perdita di coscienza ed alterazioni psicomotorie.

L'A. nell'ultima sua memoria distingue una *disfrenia transitoria* ed una *permanente*; e la prima suddivide in tre varietà: *quella abortiva*, in cui le allucinazioni non danno perdita di coscienza od altri gravi fenomeni psicopatici; la *sincopale*, caratterizzata da disturbi psichici consecutivi all'accesso di emicrania senza alterazioni visive intermedie; infine la *varietà completa*. Questa importa dopo le alterazioni visive perdita di coscienza e confusione con eccitamento psicomotorio notevolissimo, e poscia disturbi disfasici, arresto d'ogni attività percettiva, stato crepuscolare protratto, e ri-

(1) *Roncoroni* — Genio e pazzia in Torquato Tasso. Torino, Bocca, 1896.

cordo, ad accesso finito, soltanto delle allucinazioni avute, in maniera poco esatta.

Mentre la disfrenia emicranica transitoria dura qualche ora, al massimo una giornata; la *permanente*, attraverso esacerbazioni e remittenze, occupa durata assai maggiore; e per sintomi risulta di arresti nelle varie manifestazioni psichiche, e crisi, più o meno frequenti, caratterizzate da fenomeni morbosi bulbari, allucinazioni a carattere terrifico, per lo più unilaterali, cui seguono confusione e raptus motorii.

Tra la forma transitoria e la permanente v' hanno casi intermedii, in cui gli accessi ripetonsi a brevi intervalli, sì da costituire un vero *stato emicranico*.

L'A. di tutti questi aspetti sintomatici ha determinato le contingenze diverse, in cui insorgono; trovando che con grande frequenza appaiono in individui nevrosici. Lungamente discute del meccanismo fisiologico; ed interpreta la serie dei sintomi e l' incalzare di questi con l'estendersi di disturbi vasomotorii, specialmente in quei due distretti, basale e corticale, che sono irrigati dall'arteria profunda cerebri: iperemie nei gangli ed anemie nelle regioni corticali. L' estendersi dei disturbi circolatorii ai centri associativi (che trovansi, secondo il Flechsig, ancora in una parte delle circonvoluzioni temporali e parietali, e nel polo del lobo frontale) spiegherebbe la partecipazione ai singoli fatti allucinatorii, ancora di fenomeni emotivi, motorii, d'appercezione, formanti il complesso della personalità, dissociata od in temporaneo arresto (1).

(1) *Mingazzini* — Sui rapporti fra l'emicrania oftalmica e gli stati psicopatici transitorii. Riv. sper. di Fren. 1893.

*Id.* — Sopra una speciale sindrome emicranica. Rivista sper. di Fr. 1895.

*Id.* — Fernere klinische Beobachtungen über geistige Störungen in Folge von Hemicranie — Von Monatsschrift für Psych. und. Neurol. 1896.

Infine è noto, come in questi ultimi anni il concetto dell'intossicazione dalla medicina generica sia passato nella psicopatologia, proiettando viva luce su non poche quistioni. Gli osservatori quindi si sono volti in tutti i paesi ad illustrare quei disordini psichici, che potevano riconnettersi a condizioni infettive o tossiche; disordini che in gran parte entrano nel capitolo delle psicosi confusionali.

Così in Italia il Belmondo ha descritto diverse forme di pazzia pellagrosa (1); recentemente il Canger il delirio da influenza (2); il Bianchi col Piccinino, come sopra ho ricordato, hanno distinta dal delirio acuto una forma bacillare (3); l'Angiolella ha discusso i rapporti fra delirio sensoriale e meningite cerebro-spinale (4); il Morselli ha discorso delle varietà di psicosi cocainica (5); ed il Venturi di follia blenorragica (6): il Colella in una monografia diligentissima ha esposto quanto è noto sulla psicosi polineuritica, studiando casi, e facendo una lunga disanimina, non solo dei sintomi, ma ancora delle lesioni anatomopatologiche, quante volte gli è stato possibile raccoglierle (7).

∴

Avendo anch'io posta attenzione alle psicosi confusionali in diversi lavori, è giuocoforza riassuma brevemente le idee, che sono andato in essi esponendo.

---

(1) *Belmondo* — Le alterazioni del midollo spinale nella pellagra. Riv. sper. di Fren. 1890.

(2) *Canger* — Sul delirio da influenza. Man. mod. Anno VIII, 1, 1892.

(3) *Bianchi e Piccinino* — Op. cit.

(4) *Angiolella* — Delirio sensoriale e meningite cerebro-spinale. Nuova Rivista, 1 1894, Napoli.

(5) *Morselli* — Psicosi cocainica e sue varietà nosografiche. Riforma medica. Maggio '96.

(6) *Venturi* — Folie blennorrhagique et pyophrénies. Ann. médico-psych. T. II. '95.

(7) *Colella* — Op. cit.

Dapprima mi sono occupato del delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia (1).

Ho incominciato dal distinguere le forme di *delirio sensoriale acuto tipico* da quelle *croniche* e da *forme con stupore*, le quali ultime ho considerato a parte (demenze primitive, stupidità ?); riconoscendo invero che sintomi stuporosi o catalettoidi possono ancora in maniera transitoria complicare le prime (2). E nel delirio sensoriale acuto tipico ho trovato forme, in cui si ripete l'*acceleramento* rappresentativo dei maniaci, o l'*arresto* caratteristico dei malinconici (3). Ma in verità mi sono rivolto con maggior cura ad indagare il meccanismo psicologico di tali psicopatie, considerandole (giusta le teorie sull'ipnotismo di Pietro Ianet), quali malattie, in cui notasi il *restringersi dell' area cosciente e venir meno dell'attività sintetica dello spirito*; e risultanti di fenomeni cerebrali *astenici* (impotenza appercettiva) ed *irritativi* (allucinazioni, delirii, eccitamenti psicomotorii, accessi ansiosi).

In una seconda parte, sulla base di parecchie osservazioni cliniche, ed ispirato alle idee del Trattato clinico dello Schüle in quanto ai rapporti tra paranoie acute e croniche; ho ricercato i punti di simiglianza fra il delirio sensoriale e la paranoia, trovando come nell'una e nell'altra serie psicopatica notisi insorgenza di tre specie di sintomi: *allucinazioni*, *delirii*, e *decadimento dell'attività sintetica dello spirito*. Senonchè mentre nel delirio sensoriale *tale ultimo fenomeno* si accentua profondamente, nella paranoia sfugge ad un esame superficiale. Nella paranoia, quando v'ha insorgenza di

(1) Il delirio sensoriale in rapporto alle diverse forme di paranoia Man. mod. 1892.

(2) Loc. cit. Pag. 156.

(3) Loc. cit. Pag. 194.

nuovi delirii e fasi allucinatorie, turbasi la coscienza; ma presto ogni energia intellettuale si rialza ed esplicasi appunto nella sistemazione delle idee ed errori sensoriali, pervenuti nell'area visiva cosciente, durante il tempo di maggiore disordine.

Ho quindi considerata la paranoia, come un *processo risultante di due momenti*, l' uno di oscuramento cosciente ed insorgenza di allucinazioni ed idee deliranti, l'altro di lucidità e sistematizzazione delirante. Secondo tali vedute il delirio sensoriale tipico potrebbe considerarsi, quale *esagerazione del primo momento psicologico costitutivo del processo paranoico.*

Nel paranoico i due momenti d'ordinario appaiono *fusi assieme*, ma non si, che in alcune circostanze, l'uno, oppur l'altro non si accentui. Quello di lucidità giammai raggiunge un pieno sviluppo, poichè in tali infermi l'energia critica, se giova a sistematizzare, coordinare i dati allucinatorii e deliranti, non riesce ad eliminarli, bensì maggiormente li afferma.

Spingendo più addentro l'analisi psicologica mi è riuscito di adombrare altri fatti. Ho visto che nel delirio sensoriale, sia pure caotico, emergono idee, reazioni, indici di quanto è accumulato nel carattere individuale; e per opera del disordine cosciente rendesi attuale, direi quasi svelando altri aspetti, non prima imaginati, dell' individuo infermo. Quindi ancora nel delirio sensoriale ho trovato un *mutamento iniziale della personalità*, mutamento importantissimo nella paranoia.

Questo modo di vedere mi ha fatto respingere la idea, che delirio sensoriale e paranoia si svolgono *senza partecipazione del sentimento*, non potendo ammettersi trasformazioni così profonde della personalità, al di fuori d'ogni vita affettiva e cenestesica. Le modificazioni sentimentali fannosi in special modo evidenti nei casi, in cui i delirii si organizzano rapidamente. In ta-

li contingenze vediamo l'infermo in preda a vivissima *paura,* ed insieme a disordine rappresentativo ed irritazione sensoriale. La paura, questa condizione emotiva, o meglio passionale, è come il foco, attorno a cui gravitano errori sensoriali e delirii, che nella turbata area cosciente trovano l'ambiente adatto a svolgersi ed organizzarsi. Simili psicopatie appunto le ho considerate quali *paranoie acute*, rigorosamente parlando; e *forme di passaggio* fra il delirio sensoriale e la paranoia.

Del resto nel lavoro in discorso ho fissata l'attenzione specialmente sulle *analogie e disordini intellettuali* fra codeste svariate forme morbose, conchiudendo che esse tutte importano alterazioni dei processi associativi mentali, e per tal modo vanno considerate, quali *paranoie*; riducendo questo vocabolo al senso preciso di *mente deviata, alterazione della conoscenza.* Senonchè, ho aggiunto, « riassumere tutti i delirii sensoriali nel capitolo della paranoia non vuol dire confonderli nelle loro particolari fisonomie cliniche, ma solo far notare in tutte l'*esistenza di alcune note generiche, di cui la parola paranoia esprime la sintesi* » (1).

Come vedesi, contemporaneamente allo Ziehen (1892) ho tentato per mio conto un saggio analitico di tali psicopatie, riuscendo ad una conclusione, in molti punti somigliante a quella, cui doveva giungere qualche anno appresso il Cramer.

In una seconda memoria mi sono proposto di ricercare le condizioni psicologiche generatrici della evoluzione del delirio paranoico (2).

Tale ricerca si faceva necessaria per *distinguere* appunto ciò che avanti ero riuscito ad osservare soltan-

---

(1) Loc. cit. Pag. 221.
(2) Sulla evoluzione del delirio paranoico. Man. mod. n: 3, 1894.

to nei punti di *similarità*. A tale scopo ho svolto un concetto, appena adombrato nel primo lavoro; vale a dire mi sono sforzato di considerare tutta la serie dei *fenomeni intellettuali* morbosi (idee deliranti ed allucinazioni), in rapporto alla *personalità intera* dell' individuo infermo, poichè con simile mezzo avrei potuto di essi fenomeni colpire i momenti genetici. In proposito ho incominciato da alcune idee, espresse dal Meynert nelle sue lezioni cliniche, quantunque avessi già adoperato l' istesso metodo nello studio dei paranoici delinquenti omicidi.

Frattanto non è il caso di esporre in esteso tale ricerca, poichè estranea alla quistione del delirio sensoriale; dirò soltanto, che ho trovato essere caratteristica della evoluzione del delirio paranoico (specialmente di quello persecutorio) una *insistente reazione appercettiva* (nel senso dato all'appercezione dal Wundt), davanti ad un lavorio di dissociazione mentale; risultante questo precipuamente di *disordine rappresentativo* ed *irritazione sensoriale*. E la reazione appercettiva, poichè svolgesi in una decaduta individualità psichica, importa *accentuazione* della volontà, ed in generale di tutta la *coscienza personale* dell' infermo. Due adunque sono i fatti iniziali, onde generasi la evoluzione del delirio paranoico, e si delineano da una *fase ipocondriaca,* di alterata cenestesi, in cui apprensioni diverse ed un vago senso di paura tengono l'animo dell' infermo: 1.° *Coscienza personale* ipertrofica, in altri termini orgoglio ed istinto di difesa irritati. 2.° *Insorgenza di imagini ed allucinazioni diverse* (fase psico-sensoriale).

Qualche cosa di simigliante è stato posto in luce dallo Schüle nel suo recente articolo (1894), rispetto alla partecipazione di elementi affettivi e d' imaginazione nella paranoia. Egli (com'è noto) ha considerati gli ele-

menti affettivi, quale punto di connessione colle psicopatie affettive, gli altri con la Verwirrtheit.

Il paranoico adunque è *lucido*, mentre l'infermo di frenosi sensoria può essere confuso; inoltre il paranoico è *attento*, reagisce, e presenta la singolare anomalia d'una intelligenza operosa in mezzo al disordine rappresentativo (sdoppiamento della coscienza). Per tal mezzo si può meglio intendere, come i due momenti del processo paranoico (ricordati nella precedente memoria) si svolgano nel tempo istesso, e compenetrino in una individualità (1).

In altro lavoro, descrivendo le psicopatie da me osservate nel manicomio di Nocera, nei loro peculiari aspetti, e studiandomi di vederle in rapporto al temperamento e carattere dei meridionali d'Italia (ricerca suggeritami da alcune idee del Bianchi), ho descritto così come si presentavano le frenosi sensoriali nel mio breve ambito di osservazione (2).

Ho notato rari casi di *stupidità primitiva*; frequenti i *delirii sensoriali a forma maniaca*, in special modo nei giovani di età, sì uomini che donne; ed in queste ultime dietro gravidanze, parti, allattamenti. Inoltre ho osservato forme sensoriali a decorso, breve, remittente, od intermittente, in cui l'*angoscia* e la confusione mentale fondevansi ad *impulsività notevolissima* (tendenze suicide per le donne, aggressive per gli uomini). Queste forme ansiose impulsive le ho viste specialmente in infermi ad età matura, e spesso quali episodii di paranoie, epilessie, di caratteri malinconici, o degenerati in genere. Assieme a *manie* o *melanconie allucinatorie confusionali* ho visto *forme sensoriali lucide* con gran-

(1) Sulla evoluzione del del. par., pag. 258-260.
(2) Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno di Italia. Annali di Neurologia, 1895.

de tendenza ai *delirii sistematizzati.* Un delirio sessuale, di gelosia, era il nucleo, onde iniziavasi d'ordinario tutta la sindrome delirante.

Queste le forme più salienti; senza contare altre, in cui, per es., un *delirio di possessione* si accentuava notevolmente, su fondo delirante, oppure melanconico allucinatorio, od isterico. Il grosso delle *pazzie periodiche* l'ho visto formato dalle psicosi sensoriali.

Come apparrà nel corso del lavoro, tali osservazioni sono troppo incomplete; e se adeguate allo studio che mi proponevo, non certo ad una compiuta descrizione clinica.

In una ricerca complementare mi sono studiato di vedere le condizioni psicologiche generatrici della *sindrome,* osservata in quasi tutte le vesanie dei meridionali d'Italia; sindrome che risulta di quattro fenomeni principali: *confusione mentale; lavorio allucinatorio; inerzia psicomotoria; manifestazioni impulsive* (1). Tralascio di esporre i risultati di tale indagine in rapporto a quanto osservasi ancora nel carattere ed intelligenza dei meridionali d'Italia fuori d'ogni condizione morbosa; dovendo più innanzi tornare su qualche punto della quistione, ora adombrata.

In un'ultima memoria, in cui sono andato in traccia delle forme iniziali del delirio paranoico nelle psicosi malinconiche, maniache, sensoriali, e di alcune loro condizioni patogenetiche; a proposito delle frenosi sensorie ho detto, che sono caratterizzate da *fenomeni astenici* ed *irritativi.* Inoltre ho detto essere cosa importante lo insistere sul grado e complessità dei secondi rispetto ai primi fenomeni; poichè da un simile punto di

(1) Elemento etnico e psicopatie negl' italiani del mezzogiorno. Atti della Soc. Rom. d'Antropologia. Roma 1895.

vista le forme in quistione potrebbero andar divise in psicosi, che muovono verso lo *stupore*, per il predominio dell'ottusità dell'intelletto ed astenia cerebrale; altre verso le *forme deliranti acute*, per il predominio dei fenomeni irritativi, in special modo sotto forma di *complicate e diverse allucinazioni*.

Adunque questa classe di psicopatie è come il terreno intermedio, a cui tendono da punti opposti specie psicopatiche distinte, ed ancora le manie e lipemanie con incoerenza, portanti il duplice carattere, sopra indicato, ora di fenomeni a prevalenza astenici, ora irritativi (1).

A chi ben guardi, questo modo di vedere ne fa considerare la confusione, quale *fatto secondario*, ed in dipendenza dei due caratteri psicofisiologici, ora ricordati (astenia, ottusità intellettuale; fenomeni irritativi, allucinazioni, delirii, impulsi).

Una prima classe di psicopatie appunto sarebbe rivelata dal predominio dei fenomeni astenici: *depressione od arresto appercettivo* e *disordine nel corso delle rappresentazioni*, con o senza fenomeni allucinatorii e motori (pazzie confusionali).

Una seconda classe da allucinazioni, idee deliranti, atti od impulsi, con presenza di una *certa energia appercettiva*, d'intensità varia, fra il disordine rappresentativo (forme sensoriali lucide).

Una terza infine da insorgenza rapida di allucinazioni ed idee deliranti, ed *esplicazione al loro stimolo di energia appercettiva*, per modo che esaltasi la coscienza personale dell'infermo, e questi appare mutato nel contegno e nei sentimenti verso l'ambiente sociale (paranoie acute).

---

(1) Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii e condizioni patogenetiche. Man. mod. 1896.

## III.

Problema semiologico, classificazione, criterio patogenetico, temperamento. Sunto dei casi osservati: difficoltà pratiche diverse: confusi adolescenti e ad età matura.

Se adesso tentiamo con un colpo d'occhio di abbracciare in una veduta complessiva il cammino percorso, ne parrà chiaro quanto nelle prime pagine di questo scritto ero andato affermando, intorno alla complessità del problema, ed ai molteplici punti di vista, da cui gli osservatori si sforzano di penetrare in questo oscuro labirinto di forme psicopatiche. I punti di vista, le idee direttrici sono indispensabili anche in osservazioni del tutto obbiettive e scevre da vedute teoriche. Alla nostra mente sfuggirebbero molti piccoli fatti, i quali acquistano valore appunto perchè aggruppati in un dato modo; e di spesso completano, danno forma precisa ai mal definiti quadri morbosi.

Non è bene dimenticare, che la osservazione dei fenomeni mentali, anzichè *obiettiva*, è d'ordinario *eiettiva*: dalla parola, atto, od espressione della fisonomia, noi dobbiamo supporre nell'infermo *stati d'animo*, diversi od analoghi a quelli da noi altra volta provati; ed interpretarli, risolverli nei fatti morbosi, di cui risultano (allucinazioni, delirii, ecc.), onde darne precisa descri-

zione. Per questo lavorio tanto complesso, in cui la nostra *esperienza interna* fa da termine di paragone, e talvolta ne guida; sono inevitabili gli errori e l'influenza di vedute personali. Vero è, che il consenso degli osservatori giova a tutto correggere e ridurre nei limiti della esperienza collettiva.

Forse per queste ragioni, se nei varii autori abbondano descrizioni di *forme tipiche*, indicate dal predominio di un semplice ordine di sintomi, ne mancano invece per le *intermedie*, che li presentano variamente aggruppati e svolti. Bisognerebbe in tali casi aver dei sintomi esatta conoscenza, seguendoli ad uno, ad uno, negli intrecci e molteplici variazioni tra il complesso degli altri tutti. Sì che nella casuistica a noi sfugge in gran parte un punto importantissimo, che ci sarebbe offerto dallo studio comparativo delle forme intermedie; il vedere cioè, come nelle più svariate contingenze i *diversi sintomi si succedono e subordinano fra loro.*

Del resto la più accurata descrizione clinica, se può rivelarci il modo, come quelli si presentano e seguono, non certo giova a farne stabilire i loro *nessi genetici*. E' difficile, che la semplice osservazione ci ponga in grado di assodare un rapporto di causalità.

Urgono quindi conoscenze psicofisiologiche collaterali, onde sciogliere il nodo; nè abbondano nello stato presente della Scienza.

*
* *

Nello studio di molte psicopatie è agevole colpire empiricamente una nota dominante, che serva da guida ed idea fondamentale alla classifica; mentre nelle pazzie confusionali appunto la mancanza (o quasi) di essa, l' intreccio ed aspetto cangiante dei sintomi (che non sempre riescono al fenomeno *confusione*), ne costringe

ad una disamina più profonda, onde stabilire la *loro gerarchica dipendenza*, e per tal via giungere ad appropriate distinzioni. Risolvere adunque un simile problema semiologico, indagando la storia ed i nessi reciproci, possibilmente genetici, dei varii fenomeni morbosi; parmi indispensabile contributo ad una esatta classifica.

In Botanica ed in Zoologia le classificazioni tendono ad assumere quello embriologico a criterio direttivo; per la legge formulata da F. Müller ed Haeckel d'una corrispondenza fra gli stadii dell'embrione, e della specie. E' quindi opportuno in tali scienze l'osservare attentamente i punti, in cui gli embrioni e le specie divergono, e segnarli come momenti di trasformazione, punti di connessione fra i rami del grande albero vegetale ed animale.

La classificazione quindi è *embriologica* o meglio *morfologica:* è dessa completamente storica, successione di *forme* animali o vegetali.

In psicopatologia non è parlare d'una classificazione simigliante a questa, avendo la indagine per oggetto non *forme*, bensì *manifestazioni*. Ma dato pure si volesse tentarla secondo il criterio storico, nemmeno sarebbe facilmente adattabile; chè le psicosi anzichè *successioni* di sindromi, l'una in seguito all'altra generatesi, sono *contemporanee* deviazioni, esplicantisi nell'organismo umano all'attrito di stimoli di varia natura.

Necessita quindi un previo lavoro di analisi per dividere i *fattori psicopatici* in esterni ed interni; e tener conto infine dell'elemento *organico*, che in quanto reagisce allo stimolo di essi, ne matura e svolge gli effetti, *genera la malattia*. L'elemento organico d'altra parte è anch'esso qualche cosa di assai complesso; poiché subisce l'influenza della eredità, della razza, di quanto si è fissato nella vita intrauterina e nei primi anni.

Una classificazione di psicopatie veramente scientifica dovrebbe prendere le mosse appunto da codesto elemento organico, indice di condizioni permanenti; e vederlo nelle trasformazioni, che subisce attraverso gli anni in rapporto agli stimoli normali e morbosi, sieno fisici, che viventi e psicologici. Il Venturi, il Marro appunto con gli studii sulla senilità (1), sulla età pubere (2), preparano il cammino alla indagine nella sua diritta via.

∴

Ma tornando al nostro caso, vediamo, come in alcune forme confusionali impongonsi i fattori esterni (delirii febbrili, tossici, ecc.); in altri accentuasi una condizione fisiopatologica generale (psicosi asteniche del Kraepelin), dietro il ripetersi e convergere di cause debilitanti: in altre infine predomina il fattore interno della eredità psiconeuropatica (délires d'emblée nei degenerati, negli epilettici, ecc.). Ciascuna di *queste condizioni* dà, fino ad un certo punto, al quadro morboso un aspetto determinato, trascina seco alcuni sintomi, è come il principio d'una caratteristica serie di fenomeni; quantunque tali condizioni di rado vadano disgiunte nell'individuo; e per suo conto ognuna risulti d'altri e non sempre noti fattori.

L'individualità malata è appunto la risultante di molti ed oscuri elementi in antagonismo e cooperanti fra loro; onde interferenze e non prevedibili complicazioni nel loro svolgimento, allorchè passano da fatti potenziali nell'attualità di una sindrome morbosa. D'altra

---

(1) *Venturi* — Le degenerazioni psicosessuali. Torino, Bocca ed.
(2) *Marro* — La pubertà. Annali di Freniatria. 1896-97.

parte, poichè lo sviluppo dei sintomi dipende dalla presenza ed azione reciproca di codesti elementi generatori (stabili o transitorii); al clinico non é dato, per analisi, dedurne la risultante finale. Quindi nelle psicopatie la prognosi appare difficile molto. In tali casi giova più che altro un certo intuito, lunga abitudine e circospetta osservazione, per avanzare un apprezzamento qualsiasi. Eppure è questo uno scopo pratico, che nella classificazione non dovrebbe essere trasandato.

Frattanto gli osservatori più rinomati hanno inteso il bisogno nelle classificazioni di non usare un criterio unico, ma l' unione di parecchi di essi, tali che in sintesi potessero riprodurre come una pallida ombra dei *momenti genetici*, oppure delle *caratteristiche sintomatologiche*, onde delineasi la individualità inferma; e le diverse classi hanno divise a seconda del predominio d'uno od altro elemento.

∴

Come sopra ho detto, ogni elemento patogenetico, allorché prepondera, tende a dare alla sintomatologia un particolare aspetto ed a fare da essa scaturire una prognosi speciale. Così il grave fattore infettivo (delirio acuto bacillare ) ne dà una sintomatologia caratteristica, in cui l' agitazione, le allucinazioni sono vivissime, la coscienza ha momenti di lucidità; v'ha febbre, decadimento della nutrizione, lingua speciale, rapido decorso ed esito triste, se a tempo non giunge una energica e fortunata azione terapeutica.

Esaminando bene, non è che il fattore infettivo determini tale gruppo di fenomeni, ma la *reazione dell'organismo ad esso è tale*. Alla sindrome morbosa quindi vi é una causa prossima, quella della peculiare reazione organica; tanto vero che un fattore etiologico istes-

so può fornire quadri morbosi ben diversi. Così l'intossicazione alcoolica ora può darci un'amenza stuporosa, ora un delirio sensoriale, ora una paranoia acuta.

Adunque un fattore esterno in tanto ha valore, in quanto si traduce in uno speciale ordine di fenomeni nell'assieme, nel tutto, di cui risulta l'individuo. La sua azione, come raggio di luce, che rifrangesi e muta colore, entra nel *piccolo mondo della individualità* dove trova molte e diverse forze operose. A formular questa, contribuiscono elementi costanti (eredità, razza, ecc.), che ne sono il centro, il nucleo, ma ancora altri, acquisiti o variabili, i quali ripercuotonsi in un complesso vivo, sintetico, e bene plasmano il tutto, portando (in composizione degli elementi originarii) agli effetti presenti ed attuali.

∴

Questa sintesi, intreccio di elementi e contingenze diversissime, espressione di qualche cosa di fisso e caratteristico d'una individualità, ho detto altrove *temperamento*. La Scienza, fino ad oggi, troppo analitica, si è occupata di stabilire, di mettere in luce fattori esterni od interni, e peculiari sintomi a questi connessi, trascurando di guardarne i rapporti e complessivi risultati, allorchè fondonsi nel terreno comune della individualità. Lo studio del temperamento avrebbe in mira appunto un simile obietto.

L'antica medicina del temperamento faceva gran caso; e non ha guari il Bouchard si è studiato di meglio definirlo alla stregua delle conoscenze moderne. Egli ha detto, che consiste in tutto quanto si riferisce

« alle variazioni individuali nella intensità delle metamorfosi della materia viva ». (1).

Senonchè per i nostri studii dobbiamo sostituire a questa, una definizione più estesa, da raccogliere per induzione ed analisi, come ho tentato alla men peggio con gli epilettici (2), i delinquenti paranoici (3), ed i meridionali d'Italia (4). Il temperamento (a dirla in brevi termini) per me è « la sintesi degli elementi psicofisici, caratteristici d'una individualità ».

A questo modo di considerare, potrebbero opporsi due cose: 1.° E' impossibile nello stato presente delle nostre conoscenze toccare una formula compiuta e sintetica dei fenomeni caratteristici d'una individualità. 2.° La definizione da me espressa mena più che altro ad uno studio psicologico.

Ciò è vero. Si noti frattanto, che una conoscenza anche frammentaria, bene usata, come semplice punto di vista; ne giova alla indagine, e dà significato a molte cose. Alla seconda obbiezione risponderemo, che in psicopatologia v'ha un buon mezzo d'analisi nello studio clinico-psicologico dei sintomi; e quindi è utile cercare di questi gli stati iniziali ed il modo come si accostano e fondono in un tutto concreto. I progressi ulteriori della Scienza ci daranno modo di studiare l' altro lato della individualità inferma, quello somatico; in modo da tradurre alla fine i fatti psichici in fisiologici, e nelle loro dipendenze anatomiche e chimiche.

Senza adunque perdere di vista i progressi della me-

---

(1) *Le Gendre* — Malattie e disturbi della nutrizione. nel Trattato di Medicina di Charcot, ecc., trad. it. Torino, Vol. I.

(2) Il temperamento epilettico. Saggio. Man. Mod. 1893.

(3) Il delinquente paranoico omicida. « Scuola positiva » 1894 ed Il temperamento nei paranoici omicidi. « Scuola positiva ». Marzo-Aprile, 1897.

(4) Elemento etnico e psicopatie, ecc.

dicina contemporanea, vo' concentrare ogni attenzione sullo studio del temperamento, siccome or ora l'ho definito.

I sintomi morbosi bisogna descriverli bene, e riconnetterli alla individualità psicofisica, sia in quanto da essa si generano, come su essa reagiscono. Per tal modo studiando il terreno, onde i sintomi emergono, si può di questi ancora vedere la *gerarchica dipendenza,* i nessi genetici: problema semiologico nelle pagine di sopra accennato.

*
* *

Stabiliti questi criterii fondamentali a guida della indagine clinica, entriamo senz'altro in materia, riassumendo i fatti osservati. Noto, che il campo su cui ho dovuto esercitare l' osservazione, non mi ha concesso di esplicarla piena ed intera. Ho studiato gl'infermi rinchiusi nel manicomio di Nocera. Di questi sfugge al medico la prima fase psicopatica, venendo essi (per ragioni economiche) menati all'asilo molto tempo dopo riconosciuti infermi di mente, e non di rado quando il morbo tocca una fase passiva; è volto a guarigione, o ad ulteriori mutamenti.

I casi quindi non è agevole seguirli in maniera compiuta; bensí frammentariamente, e senza punti di ritrovo, quante volte si cerchi di bene stabilire le fasi percorse dal processo morboso mentale. D' altra parte le notizie anamnestiche, raccolte da medici generici o persone inesperte, e talvolta studiose di celare alcuni fatti, o di aggravarli troppo; di rado giovano a colmare lacune e sciogliere dubbii. Si aggiunga inoltre, che gli infermi ricoverati in Nocera sono poveri, contadini, operai del mezzogiorno d'Italia, che, per la poca o nessuna coltura, male riescono a dire quanto si svolge nel

loro interno. Sottoposti d'ordinario ai trattamenti, più o meno brutali, di parenti ignoranti o guardie, avvezze a trattar delinquenti, non poveri malati; giungono a noi talvolta in uno stato miserevole, aggravati molto; sì che i fenomeni mentali istessi hanno perduto non poco della loro vivacità, e si avviano a quello stato caratteristico, che precede la demenza: stato che dal soggiorno in un popoloso manicomio non parmi venga reso men grave.

Per tutte queste ragioni ho cercato di sopperire alla grave insufficienza ed incompletezza delle osservazioni col numero, studiandomi di concentrare la mia attenzione sopra una sessantina di infermi, ricoverati in epoche diverse e da me visti personalmente. Poichè dovevo esaminarli dal punto di vista delle *varie forme,* mi è parso opportuno guardarne un numero piuttosto notevole, gli uni diversi dagli altri, in modo da riuscire fino ad un certo punto a discriminare i molteplici punti di similarità e differenza, che fra essi appaiono, e giungere, per tale via, a dividerli in serie o gruppi.

Potrebbe in verità trovarsi non poco a ridire sul modo grossolano e sommario, con cui è stata da me condotta una simile ricerca. Ma chiedo venia al lettore, pensando non essere mio obbietto il fare sottili indagini fisiologiche e chimiche, bensì colpire di una vasta serie di fenomeni certe differenze, e modi di succedersi di alcuni di essi; onde toccare, mercè opportuna analisi, una classifica a larghe linee, possibilmente razionale, di tanti fatti; che trovano inizio in ambiente, ove ogni fatto, per quanto stabile e luminoso, mareggia nel chiaroscuro di moltissimi altri; in ambiente, irto di problemi ad ogni passo. Non di rado la semplicità e chiarezza della descrizione, più che da scrupolosa indagine, move da oblio della realtà, resa mancipia dei nostri pregiudizii ed imagini, allorchè osserviamo.

*
* *

Ed eccoci a riassumere ogni cosa.

*A) Confusi adolescenti.*

Vo' incominciare dagli infermi di psicosi confusionali, giovani di età, perchè mi sembra che rispetto agli altri presentino alcuni caratteri, direi quasi di famiglia, porti dallo speciale terreno, in cui i processi morbosi si svolgono. Il Marro ha recentemente discorso con la sua ben nota competenza intorno alle psicosi della pubertà, studiandosi di mettere in rapporto i sintomi con lo stato dei centri nervosi e dell'organismo, avanti, dopo, o nel periodo della evoluzione pubere (1).

Da parte mia ho presenti diciotto casi, aventi a sintoma culminante la confusione. In questi ho notato importante ed in alcuni assai grave la ereditarietà psicopatica; anomalo lo sviluppo della individualità, sia dal lato psichico, che fisiologico (esauribilità, disposizione a malattie infettive, febbri ed accidenti morbosi diversi). Appunto gravi malattie, o condizioni esaurienti nervose, hanno preceduta la esplosione psicopatica, che si è iniziata variamente a seconda dei casi.

In alcuni è incominciata con una esagerazione delle *tendenze mistico-erotiche* della età pubere. Una richiesta di matrimonio andata a male; un calcio di un padre adirato, o finestra chiusa dalla bella in faccia; ruminazioni erotiche fra le ebbrezze onanistiche della vita di seminario; digiuni, ascetismo, terrore ed odio verso arcigni superiori; hanno gittato la mente del giovanetto in preda ad uno stato di disordine, di sogno.

(1) *Marro* — Le psicosi della pubertà. — Torino, Bocca, 1896.

Dice il B i a n c h i, che sono rari i casi di primitivo torpore cerebrale, esteso e profondo, di stupidità primitiva; e sostiene, che tali frenosi in gran parte hanno ad inizio primo l'apparire di allucinazioni e disordini percettivi (1). In verità, per le ragioni sopra esposte, non sono al caso di verificare questo asserto. Sembrami però molto probabile; da quanto ne affermano i parenti degl' infermi, i quali parlano di atti disordinati, a cui il loro malato si abbandonava al principio; o di gravi condizioni passionali (le quali senza dubbio dalle allucinazioni traggono notevole incremento); o di stati mistico erotici; od infine di fenomeni convulsivi, spasmodici, in parte o in tutti i muscoli della persona.

In alcuni infermi questi sintomi motori, complicati ad allucinazioni, sentimenti ed idee erotico-religiose, svolgonsi in modo da darne l'aspetto d' una psicosi maniaca. Senonchè l'eccitamento psicomotorio non è equabile e difiuso; bensì quasi la risultante di impulsi, atti disordinati, subiti arresti: e tali inuguaglianze nelle esplicazioni motorie fondonsi, come ora ho detto, a svariati ed altri fenomeni. Sembrerebbe, che in questi infermi i centri psicomotori e psicosensori fossero in preda a spasmi, scariche, attività incoordinata ed atassica nel complesso.

La coscienza si obnubila; ed ora mantiensi in uno stato di torpore e cangiante lucidità, a seconda dell'aggravarsi dei sintomi irritativi, sopra ricordati; ora profondamente si oscura e mette capo, a tratti, a tratti, o compiutamente, ad una condizione stuporoso-catalettoide. L' infermo è lanciato in un mondo fantastico addirittura. Un ragazzo da me osservato stava le lunghe ore immobile, con i muscoli del volto irrigiditi, le brac-

(1) *Bianchi* — Op. cit.

cia spasmodicamente raccolte: poi mettevasi a passeggiare sulle punte dei piedi, adagio, adagio, l'occhio a terra fisso, le mani distese e prone allo innanzi, come se camminasse sopra oggetti che temeva di rompere o calpestare. Difficile ne riesce a precisare lo stato del sentimento in questi infermi. Quando manifestasi in forma depressiva, è da parlare di vivissima paura, anzichè di malinconia. Ma d'ordinario negl' infermi con idee erotico-religiose v'ha nei sentimenti a principio grande instabilità; ed in seguito qualche cosa d' indeterminato, umore fatuo e torpore.

In alcuni casi ho visto alla fase di eccitamento seguire, come ho detto, sintomi di stupore e stato catalettoide, in altri una relativa lucidità e guarigione. E' utile invero un'accurata osservazione, allorchè gl'infermi accennano a guarire. I sintomi motori sembrano spariti, ed il malato mostrasi calmo ed inerte.

Un giovanetto mi parlava di ciò che vedeva dalle finestre della Sezione. Gl'individui, che passeggiavano nel cortile, a lui parevano fossero « ombre », « suoi conoscenti »; ed al di fuori, i colli, il via vai della gente e dei carri, s'intrecciavano a rumori assordanti, a voci diverse, dandogli il presentimento, come se grandi cose si svolgessero (rivoluzioni, feste) in rapporto alla sua persona. Adunque il processo percettivo esplicavasi in lui in maniera erronea, sia dal lato intellettuale, poichè l'infermo scambiava quanti vedeva per conoscenti; sia dal lato sensorio-motore, parendogli gl'individui ombre, non persone. Mancava in lui l'affermazione di ciò che si tocca, la terza dimensione, data alla vista da senso muscolare e della fusione delle imagini retiniche: v'era nei suoi sforzi percettivi una fievole, labile energia.

Un altro infermo, più lucido e sicuro delle sue percezioni, mi parlava di fate e strane istorie, gruppi di idee deliranti, residui del periodo confusionale, che egli non riusci-

va a bene criticare, e spesso narrava alla maniera dei bambini, che recitano novelle mandate a memoria.

A questo stato talvolta segue un lungo miglioramento, che può credersi guarigione. Eppure non è cosi: fra l'apparente quiete mentale insorgono violenti impulsi e allucinazioni, che ad un tratto si dileguano, facendosi col tempo molto più rari; ovvero fasi malinconiche. Portato via dai parenti, l'infermo non di rado torna, triste ed abbattuto, ben differente da quel fatuo e manenesco garzone di prima.

* * *

Un altro gruppo d'individui presenta ad inizio dell'accesso psicopatico, più che accentuazione di tendenza mistico-erotiche; *vivissima paura*, isolata, ovvero fusa con i dati delle tendenze in discorso. Gl'infermi appaiono tristi, impulsivi. Un fanciullo in preda ad ansia, nell'entrare in Sezione si stracciò i panni di dosso convulsamente, nascondendosi in un angolo, l'occhio impaurito, scintillante, come se vedesse qualche cosa di orribile.

D'ordinario sono in preda ad ostinato mutismo, a sitofobia, fanno movimenti difensivi. Negli atti manifestano opposizione a qualsiasi cosa si voglia loro fare eseguire, ed alla fine cadono in una fase del tutto stuporosa. Da questa condizione stuporosa, profonda o leggiera, si rialzano lentamente nel corso di molti mesi, o d'un subito, entrando in uno stato di fatuità, gaia e balorda. Alle interrogazioni rispondono con un frizzo, una espressione salace od indecente addirittura. Di spesso terminano in demenza.

Un *terzo gruppo* manifesta precocemente un delirio persecutorio: questa condizione di regola negli altri, quantunque attenuata e coperta, si accentua negli ultimi infermi.

In un caso la condizione persecutoria l'ho visto fondersi con grave abulia e pazzia del dubbio. Ad interrogar l' infermo si era scoraggiati per la lentezza grande e contradittorietà delle risposte. Malgrado ciò, dimostravasi permalosissimo ed andava affermando, che i suoi paesani erano gente zotica, nemica d' ogni innovazione e vivere civile: e si irritava ogni qual volta lo si volesse 'smuovere dallo stato di permanente semistupore, invitandolo a fare qualche cosa, o prendere un bagno, od una medicina. Così non amava scrivere due righe a casa, e faceva il sordo alle affettuose lettere del genitore, passando la giornata inerte e sonnacchioso. Il suo cervello, senza essere in preda a fenomeni irritativi, entrava in tale stato davanti a qualsiasi stimolo; versava in una condizione di debolezza irritabile. Sfrenato onanista, aveva altri due fratelli in manicomio, l' uno demente, l'altro paranoico allucinato. Ignoro il modo, come siasi in lui iniziata la psicopatia, e soltanto (dicevano i parenti) vi furono sintomi motori d'indole convulsiva.

Un *altro infermo* di 23 anni, figlio di contadini, con parecchie anomalie somatiche (come il primo) e leggera balbuzie, era stato dai parenti messo per la carriera monastica. In convento sentiva acre l'impulso dell'istinto carnale; s'era fatto eccitabilissimo ed abulico, manifestando idee persecutorie, pronto a continue ribellioni e scatti d'ira. Condotto in manicomio, mezzo stordito, restava lungo tempo distratto ed in atteggiamenti, come di santo rapito in estasi. V'era una certa teatralità in queste pose, che l'infermo assumeva davanti a chiunque s'interessasse al suo caso. Poscia migliorò, si fece docile ai consigli del medico, al quale andava confidando le sue idee persecutorie contro parenti e superiori, e le tentazioni continue, davanti a cui mal reggeva la sua fiacca volontá. Messo a recitare assieme ad altri compagni, infermieri ed infermiere, in un piccolo tea-

tro nell'interno del manicomio; dapprima penò molto ad imparare la parte, ma in seguito ci riuscì per bene. S'ebbe a notare in lui un grande miglioramento, malgrado un certo acuirsi degli appetiti sessuali per la diuturna famigliarità con persone dell'altro sesso, nelle ore dei concerti e delle rappresentazioni.

Dimesso guarito, tornò dopo alcuni mesi, inerte e torpido. Non volle in alcun modo occuparsi, e passava il suo tempo immobile, come se in preda a fantasie. Al medico che gli faceva premure, affinché si applicasse in qualche modo, rispondeva stringendosi nelle spalle, e tanto per dire raccomandavasi, onde al più presto fosse licenziato dall'asilo. A questa abulia indomabile si aggiunsero presto altri fenomeni. L'infermo scattava alla impensata, piombando addosso a qualche vicino ammalato, con tale rapidità e violenza di atti, da non concedere anche ai più destri il tempo di schermirsi. Poco appresso confessava essergli impossibile il dominarsi, non ricordando bene le circostanze che lo determinavano a tali esplosioni. La nutrizione si manteneva discreta, ma il peso del corpo inferiore a quello che in lui notavasi all'epoca della prima dimissione (kg. 58 rispetto a 65). Le varie sensibilità erano normali, vivaci i reflessi patellari.

In quest'ultimo gruppo d'infermi appaiono molto più frequenti le deviazioni istintive, sia dal lato sessuale con tendenza alla pederastia, che in altre funzioni. Così un infermo viene di tanto in tanto preso dal vivissimo desiderio di mangiar feci, ed allorchè trovasi nel cesso, dà sfogo a simile perversione, negando tutto al medico, se lo consiglia e rimprovera. Contrariato a forza, non mangia per molti giorni; e bisogna alimentarlo con la sonda.

*
* *

Concludendo:

Gl'infermi in discorso si distinguono, come vedremo, dagli altri, per la *esagerazione* e *mobilità* dei sinto-

mi che presentano. In particolar modo i fenomeni della sfera motoria, ed in generale di *estrinsecazione*, vanno soggotti ad isolati ed intensi disturbi (tremori, convulsioni, stati catalettoidi, mutismo, impulsi aggressivi o suicidi, deviazioni istintive, ecc.). I delirii giammai sono in tali infermi coerenti, seguiti, ma dissociansi in atti slegati, linguaggio confuso e povero; e l'affettività non presenta in essi manifestazioni costanti e profonde. La loro energia cerebrale, per il modo come rivelasi, suggerisce l'imagine di alcuni oggetti di cera, che si deformano profondamente al tocco della mano dell'artista, da un momento all'altro, in peggio od in meglio. E la coscienza, quale risultato complessivo dello stato psichico, ora é (come sopra ho cennato) lucida, ora si obnubila, soggetta ad improvvisi trapassi di umore, a fatuità, a stupore malinconico. In alcuni casi essa cade in arresto ed oscuramento profondo, in altri (due dei miei casi), malgrado l'apparente sospensione di ogni energia percettiva, è desta in qualche modo; poichè, ad accesso scontato, ricordano gl'infermi diversi episodii della psicopatia. In tali contingenze notasi adunque come uno sdoppiamento della coscienza lo spasmo di alcuni centri psicomotori e sensoriali covre, direi quasi, le esplicazioni della individualità, per nulla oscurata del tutto.

***

*B) Confusi semplici ad età matura.*

Veniamo a cinque casi d'individui fra i quaranta ai cinquanta anni.

Il *primo*, maestro di musica, di mediocre ingegno, pallido, con sviluppo abnorme del bacino e nelle curve della colonna vertebrale, con una gamba più lunga dell'altra; mangiatore famoso, neurastenico. Giovane, fece abusi sessuali, adesso non sente più stimoli di tal genere. Otto anni ad-

dietro, in seguito a tifoide ebbe a soffrire di disordine mentale per breve tempo. Rimessosi, perdette la moglie, andò incontro a dissesti economici, ed infine ad un nuovo e grave patema di animo, essendosene l'unica figliuola sua fuggita con un pessimo soggetto.

Incominciò ad avere inappetenza ed insonnio: abusava di vino; era preso da misteriose apprensioni, fino a che la paura della morte lo invase tutto. A questo punto gli parve sentire voci, ora minacciose, ora amiche, ora derisorie od indifferenti, e che non riusciva sempre a bene distinguere. Non poteva, anche per un istante, fissare l'attenzione su comunissime cose, magari ascoltare la parola di persona amica. Qualsiasi giusta percezione per lui era faticosissima. Cominciò ad esser preso da grande ambascia e smania di fuggire. Scappò di casa: andò a dormire la notte, in piena estate, sulla verde erba dei campi: trovava refrigerio in tal modo. Poscia gli parve di sentire la voce del diavolo: temendo di esserne invaso, percorse lunghe miglia a piedi, e da Termoli (Campobasso) andò al santuario di S. Michele del Gargano, per farsi benedire. Pare ne avesse giovamento. Le voci si fecero meno paurose e continue, ed in capo a qualche mese, con l'avanzarsi dell'autunno, si dileguarono. Tornò il sonno e l'appetito.

Questa storia viene narrata dall' infermo stesso, il quale non fu punto chiuso in manicomio, ma andava scorazzando solo e libero. Versava in uno stato di semilucidità e semicoscienza del suo male, e dice che provava un grandissimo giovamento nel sottoporsi a doccie fredde, fortissime, che si apparecchiava egli stesso in casa.

In questo caso vediamo acuirsi una condizione neurastenica e metter capo a' sintomi morbosi, i quali padroneggiavano la individualità, pur restando a questa un principio d'iniziativa.

Ed ora brevemente dirò degli altri quattro casi, osservati in manicomio.

Il *secondo* è in persona di un maresciallo dei carabinieri,

senza eredità psicopatica, il quale in seguito a strapazzi, morte della fidanzata ed « influenza »; ebbe a soffrire un periodo di ottundimento cerebrale, sospettosità, tendenza al vagabondaggio; non sappiamo se complicato ad allucinazioni.

Venuto in manicomio, i primi giorni era sospettoso e confuso; poscia mercè cure ricostituenti, andò meglio nella nutrizione e nella intelligenza. Divenne buono e riconoscente con il medico. Egli poco o nulla ricordava della psicopatia sofferta: soltanto diceva, che la sua mente era oscurata assai, e sentivasi inetto a qualsiasi lavoro, che richiedesse un po' di attenzione, magari a leggere un giornale. Tutto durò un sei mesi circa.

Il *terzo* è un fabbroferraio, poverissimo, carico di figli, con grave assimetria cranio facciale, ed ateromasia diffusa, nutrizione scaduta, malgrado 45 anni di età. In seguito a pulmonite e suppurazioni prolungate, fecesi eccentrico ed inerte. Narra egli che un giorno bevve qualche litro dippiù in cantina, ed un suo parente, prendendosi gioco di lui, gli rubò quattro lire che aveva in tasca. Egli scappò di casa mezzo trasognato, andò errando per i campi, giunse alla casa di quel parente e si prese il fucile per andare a caccia. Voleva rifarsi delle lire rubategli, e quasi quasi pensava di non riconsegnar più quell'arma: poscia disse fra sè: « Per poche lire debbo perdere il mio buon nome, ed esser chiamato ladro? ». Riconsegnò il fucile. Ricorda, come in sogno, che i bambini e la gente da tutte le parti lo inseguivano: egli si difendeva a sassate. Ricorda, che tentò di scalare un cancello, e v'era gente, che lo afferrava per un braccio, altri per una gamba.

In manicomio i primi giorni fu confusissimo e disordinato: poscia nell' intervallo di quarantottore circa si fece cosciente e calmo; ed ebbe subito parole di affetto per i suoi bambini, e di vivissima riconoscenza con il medico.

Il *quarto* presenta gravi anomalie somatiche, ed eredità notevole. In seguito a tifoide ed abusi di vino, fecesi ozioso, commise atti aggressivi, e presto cadde in preda ad accesso psicopatico.

Entrato in manicomio, versò per un mese circa in uno stato illusionale, per cui confondeva gl'individui ed il luogo con suoi conoscenti ed altre contrade: pare che le allucinazioni fossero poche ed uditive. Presto si rimise e guarì.

Il *quinto* infine è un negoziante, senza notevoli anomalie, buon padre di famiglia, ma bevitore inveterato. In questi ultimi tempi si era fatto irritabile, confuso, batteva i figliuoli. In manicomio i primi giorni mostravasi disordinato, muto, acre con gl'infermieri. Poscia incominciò ad orientarsi e vedere, che trovavasi in un sito, donde non si poteva uscire a proprio talento. « Così giovane sono capitato qua dentro, egli diceva, e non ne uscirò più mai! ». La notte sentiva grida e minacce. Una notte sentì voci, come di gente che immolasse le sue bambine. Ed al mattino corse dal medico, e disse: « Qui, in fondo al cesso, stanotte hanno buttata la mia ultima figliuola. Piangeva la piccina; ne hanno avuto pietà; non le hanno recisa la testa; ma viva l'hanno cacciata qua dentro. Vedete... la pietra è stata smossa... fatemi scendere ». Malgrado l'angoscia ed il tormento di tali idee, si lasciò persuadere, ed alla fine incominciò a dubitare delle sue allucinazioni. Come la mente con il corpo guadagnava di energia, più vivi facevansi in lui gli affetti di famiglia. Scriveva lettere affettuosissime ai suoi, era in pena per essi. Alla fine, avanzandosi la guarigione, riuscì a dominare anche questi sentimenti, e le imagini e paurosi sogni da essi ispirati. In capo a sei mesi circa fu licenziato guarito del tutto, con proposito da parte dell'infermo di non più abusare di vino.

---

## IV.

Continua il riassunto. Confusi con prevalenza di fenomeni motori di eccitamento od arresto; con umore malinconico; ad andamento ciclico; remittenti, intermittenti, periodici.

I cinque ultimi casi, descritti nel precedente capitolo, semplici per il decorso, a cause determinanti ben note, che hanno tutti raggiunti la guarigione in tempo relativamente breve; presentano, fra gli altri, tre gruppi di sintomi: torpore intellettuale e mancanza di energia volontaria in tutti i fenomeni mentali, allucinazioni e disordini sensorio-percettivi diversi, atti disordinati ed impulsi.

Incominciamo dal cercare infermi, i quali presentano or l'uno, or l'altro gruppo di sintomi in maniera più estesa e varia. Dall' indagine salteranno fuori altri sintomi ancora.

Riassumo in proposito le istorie di tre infermi con eccitabilità psicomotrice notevole.

*C) Confusi maniaci.*

Il *primo*, uomo al di sopra di 40 anni, contadino, avente eredità psiconeuropatica, ha emigrato in America, dove in seguito a strapazzi, ebbe a soffrire di pneumonite: malattia, che già altra volta lo aveva colpito, insieme a sciatica e catarro bronchiale cronico. Una notte nel guardare

le capre si vide presso un lupo: n'ebbe una fortissima paura, e da allora cominciò a farsi triste, insonne, a rifiutare il cibo.

Presto si abbandonò ad atti strani e contradittorii ; voleva di notte uscir di casa, opponevasi violentemente ai suoi, che glielo impedivano, e poco mancò non strangolasse una figliuoletta. Questa fase di agitazione aggressiva ed idee persecutorie, probabilmente attivata da allucinazioni paurose, mise capo ad esaltamento di tutta la personalità, lucidezza percettiva, pronta memoria. L'infermo diceva di sentirsi gigante, forte da poter bruciare e distruggere mezzo mondo. Entrato in manicomio un paio di mesi dall'esplosione dell'accesso, nei primi giorni era confuso, riusciva a mala pena ad orientarsi, e diceva di sentirsi male. La nutrizione assai scaduta andò presto migliorando, e l'infermo si rivelò, a poco, a poco, lucido e coerente. Ricordava fatti lontani, alcuni episodii della sua malattia in modo lacunare, e mal reggeva alle domande più semplici. Vi era nondimeno una condizione di eccitabilità sotto il torpore cerebrale, che a stimoli opportuni delineavasi. Man mano si è iniziata la convalescenza, residuando una disposizione ad esaurirsi nella intelligenza per un nonnulla.

Il *secondo* caso è in persona di una donna con eredità neuropatica, molteplici anomalie somatiche, costituzione gracile, che anni addietro, in seguito a parto e puerperio, soffrì di accesso psicopatico. Anche questa volta nell'allattamento incominciò a farsi strana, bizzarra. Temendo d'impazzire, poichè tormentavala insonnio la notte e non riusciva a dominarsi; si raccomandava lungamente con fervore ad una effigie di S. Pasquale, che aveva presso il letto. Dice la inferma, che la effigie incominciò a parlarle, si mosse, e fè segno di proteggerla. Dopo non ricorda altro, se non che, in tutto l'accesso psicopatico, ebbe sempre davanti quella imagine, ed aggiunge *che fu la sua salvezza.* Queste ultime parole ne suggeriscono, che ella fosse in preda ad idee ed imagini paurose, demonomaniache. Infatti un'altra inferma, molto simile a questa, interrogata nel rimettere di un violento accesso allucinatorio, diceva, che, fissata

in letto, le sembrava che i diavoli (le infermiere) volessero tutta viva chiuderla in una bara, ed ella raccomandavasi a S. Francesco, il quale alla fine la sciolse e liberò. Dubitava frattanto dell'entità di quelli che la circondavano, temendo non fossero diversi dal modo come apparivano.

Tornando al caso in esame, diremo, che, a vederla, era la inferma motoriamente agitata, ed in preda a confuso, slegato chiacchierìo, da cui non si riusciva ad afferrare senso alcuno. Talvolta i suoi atti erano coordinati all'allucinazione dominante, poichè sembrava che ella stesse in ginocchio o invocasse un santo; ma spesso ogni estrinsecazione confondevasi in contrazioni muscolari, grida, spasmi: il volto era congesto, l'insonnia ostinata. Le domande, che le si rivolgevano nei momenti di relativa quiete, talvolta quasi la strappavano dalle sue fantasticherie, e ne seguivano mezze risposte alla sfuggita, come riflessi ad ovvie domande ; oppure si avevano espressioni grossolane da persona, che non vuole essere annoiata.

L'accesso, durato un quattro mesi, cedette in pochi giorni, residuando nella inferma, dapprima uno stato di torpore, sospettositá, velata paura ; poi di leggero erotismo, e contegno fatuo, spensierato: tutto dileguatosi in meno di quaranta giorni. Si ebbe, allorchè volgeva a cedere l'agitazione, un miglioramento nutritivo rilevantissimo.

*Infine trattasi di un giovane*, capoguardia municipale, e molto stimato per la sua attività, con grave predisposizione ereditaria, sviluppo abnorme della personalità, tifoide e poscia impotenza sessuale. Fidanzato con una giovanetta, che amava, quando seppe, con certezza, di non poter adempiere all'atto maritale, fecesi tristissimo; poscia allucinato, confuso, aggressivo.

Tenuto per alcuni mesi a casa, venne condotto in manicomio. Quivi lo stato di violenta agitazione allucinatoria non era continuo, ma subiva una condizione di arresto, ogni qual volta l'infermo fosse visitato dai parenti; davanti ai quali mantenevasi quieto, e rispondeva alle volte con giustezza. Abbandonato a sè stesso, di nuovo facevasi disordinato. Col tempo si mostrò più calmo, attento , conscio

del luogo ov'era, ma disposto a subiti impulsi aggressivi. Tutto cessò con un mutamento d'ambiente, che alla nutrizione, come alla mente, porse un decisivo miglioramento.

Come vedesi, questi tre casi possono dirsi non di mania allucinatoria; ma caratterizzati da impulsività, e predominio di atti diffusi, affollati, che di spesso sono coordinati (o reazioni) a qualche allucinazione e stato d'animo dominante. L'umore è a principio quasi sempre depressivo, accompagnandosi ad allucinazioni ed idee paurose e demonomaniache. Spesso tutto dileguasi in una confusa agitazione, mare tempestoso da cui emergono isolate, fluttuanti imagini e stati d'animo: altra volta la paura mutasi in euforia, senso esagerato della propria vigoria, e lucidità relativa.

∴

*D) Confusi epilettoidi.*

La impulsività non di rado accompagnasi a tale obnubilamento della coscienza, è così grave; dura con lo accesso psicopatico breve tempo, e lascia una lacuna così profonda nella memoria del soggetto, da fare pensare ad un accesso confusionale epilettico.

- Ne ho presente un caso, in cui, a psicopatia scontata, vedesi nondimeno come sieno assenti tutte le stigmati somato-fisiologiche e psichiche della individualità epilettica. Inoltre l'accesso è durato qualche mese, si è ripetuto, dopo sette anni, in seguito a gravi patemi d'animo e cause esaurienti. Infine ha lasciato l'individuo, ottuso di mente, in modo che da un paio di mesi, malgrado attenda a qualche occupazione e sia nel fisico migliorato, egli non ancora si è fatto sveglio abbastanza. È inutile dire, che nè l'infermo, nè quanti l'hanno in pratica, hanno mai detto di averlo visto in preda a convulsioni, vertigini, od assenze. È

quindi una forma confusionale epilettoide, che osservasi ancora nelle donne, nelle quali è caratterizzata da violenta angoscia.

*
* *

*E) Confusi criminaloidi.*

Entriamo frattanto in un ordine d'infermi, addirittura criminali, o che certo rasentano tale categoria; poichè in tutto lo svolgimento dell' accesso sono essi dominati da un sentimento, od idea fissa, di aggressione e vendetta, che non recede, se non a psicopatia completamente finita. Se moltissimi confusi vanno soggetti ad impulsi pericolosi; alcuni soltanto ne manifestano la continuità per tutto l'accesso.

Così ho presente due infermi, l'uno al di sopra di trenta, l'altro di quaranta anni.

Il *primo* ha genitori e fratelli delinquenti e marcate anomalie craniche. Dice la modula informativa, che senza apprezzabile ragione è andato soggetto rapidamente a delirio persecutorio, di avvelenamento, ed impulsività omicida: tutto svoltosi in qualche mese.

In manicomio si è presentato inerte e confuso. Seduto su una panca guardava con uno strano occhio, talvolta luccicante sulla faccia smorta, senza muoversi. Poscia migliorò un pochino, si fece eccitabile, dava slegatamente qualche risposta ed alla interrogazione, perchè era solito menar le mani, rispondeva tornargli di farsi valere a quel modo. È da otto mesi e non accenna a mutamento alcuno.

L'*altro*, contadino onesto, in questi ultimi tempi presentò irregolarità nella condotta, abbandonò la moglie, facendo vita comune con una donna di non buoni costumi; poscia si diè a pratiche religiose: parlava solo, andava in volta la notte, tagliando piante ed alberi, ed aggrediva chiunque cercasse distrarnelo. In manicomio si mostrò quieto e confuso, protestando, quando vedeva il medico, di volersene andare.

Di tanto in tanto per qualche giorno mostravasi ciarliero ed eccitabile, piuttosto lucido e pronto. Interrogato sulla faccenda dei suoi amori, rannuvolavasi in volto e tradiva un forte risentimento contro i compaesani, che lo avevano ostacolato e condotto in manicomio. Questa condizione emotiva rimane fissa in lui, puó suscitarsi, a talento di chi interroga, e va di conserva con una notevole impotenza dell'attenzione e torpore della intelligenza.

Come vedesi, gl'individui in esame, l' uno volto a demenza, l'altro, pare, a guarigione, sono venuti in manicomio in un periodo, in cui la fase allucinatoria era scomparsa, restando nel fondo del loro animo, assieme alla ottusità mentale, una condizione emotiva e disposizione ad aggredire. Questi fenomeni spariscono con la guarigione o si attenuano parecchio, malgrado abbiano base nel temperamento. Riassumo due casi a dimostrazione di quanto affermo.

*F)* É una donna intorno ai quarantanni, ricoverata da parecchio tempo in manicomio, che ha note somatiche caratteristiche (forme un po' angolose, peli su gran parte della persona, faccia larga, fronte angusta, ecc.). Rimasta vedova con figliuole da menare innanzi, si rimaritò, ma venne presto a diverbio col secondo marito, da cui fu abbandonata, essendosene costui partito per l' America. L' inferma poco dopo diè segni di alienazione mentale. In manicomio apparve in preda a violenta agitazione e confusa. Tale stato durò breve tempo, subentrando una condizione di relativa calma. La inferma non sapeva ove trovavasi: permalosissima, allucinata, credeva volessero in qualche modo recarle offesa, e con voce aspra e stridente inveiva contro le infermiere ed i medici; cercava tutti i mezzi per aggredirli, il volto atteggiato a rabbia, ira feroce; nè vi era modo per intendersi con lei e destarla dall'errore. Durò in simile condizione per un paio di anni.

Ora da tempo essa è calma: lavora, va meglio ogni gior-

no. Ha smessa ogni tendenza aggressiva; però non ancora rìesce a bene discernere il luogo, in cui trovasi, e vive in un mondo non adeguato al reale. Scambia il medico per un suo conoscente, e gli si raccomanda, onde riveder presto le figliuole: desiderio in lei sempre vivissimo.

È l'*altro* un giovane carrettiere, robusto, dalla faccia larga e mandibola sviluppata, con fronte un po' sfuggente ed assimetria cranio-facciale; senza notevole ereditarietà psicopatica. Quantunque buon figliuolo, egli viveva da parecchi anni in continui litigii con certi suoi inquilini. Chiamato in giudizio da questi in seguito a rissa ed immancabili percosse, ebbe a soffrire la carcere per qualche mese. Ne seguirono minacce e novelli litigi. L'anno appresso fu aggredito da costoro e ferito al torace, per cui andò incontro a pleurite traumatica. Per la violenta emozione avuta davanti all'aggressione, e consecutiva infermità, fecesi eccitabilissimo e violento. A casa rompeva tutte le suppellettili; armato di scure girava la notte in cerca dei suoi odiati nemici; ed un mattino riuscì a trovarli nella loro bottega, dove si buscò due colpi di revolver. Gravemente ferito, andò incontro novellamente a febbri e suppurazioni, manifestando omai segni non dubbii di pazzia.

In manicomio, non ancora bene ristabilito dalle ferite e mal ridotto nella nutrizione, diceva, che bisognava vendicarsi ad ogni costo di quei tali signori; durante il colera di Barletta era morto e risuscitato più volte. Ora lucido e pronto, ora confuso e distratto, non reggeva ad interrogazioni seguite, manifestando una memoria assai lacunare degli ultimi fatti occorsigli. Aveva non di rado un' appercezione nemica di quanti gli erano attorno; nella notte mostravasi in preda ad allucinazioni ipnagogiche a tinta paurosa; ed il giorno scambiava malati ed infermieri per quelli che nella dormiveglia credeva gli avessero recato offesa. Domandava spesso di andar via, poichè recavagli angustia il pensiero della moglie e delle sorelle, bisognose del suo aiuto per mangiare.

Mobilissimo d'umore, talvolta era cupo, con abbondante salivazione; parlava fra sè con veemenza, spingendosi ad

atti aggressivi, che poscia non ricordava. Tal altra stavasene ad occhi chiusi inerte in un angolo: all' improvviso balzava in piedi, o con piglio scherzoso carpiva il berretto ad un malato, dando uno scalpellotto ad un'altro; o faceva cadere per terra, mettendogli un piede fra le gambe, un terzo. V'era dei giorni, in cui mostrava il colorito del volto acceso, polso duro, scoccante, e leggero aumento di temperatura; nulla di notevole all'esame della sensibilità, con leggero aumento dei reflessi tendinei al ginocchio. Una notte in cella strappò la lana al materasso, come se volesse farne una corda: al mattino nulla ricordava e rideva di mille inezie. Tenergli parola dei suoi nemici era lo stesso che muoverlo ad ira grande, sollevare un cumulo d'odii e proponimenti vendicativi. Una lettera della moglie, lettagli dal medico, arrestava per poco la sua attenzione, rivelandolo assai diverso da quello di un momento prima.

Col tempo migliorò nella nutrizione, smise dall'usar troppo le mani, e fece premure al medico per tornarsene a casa, dicendo: « Quello che è stato, è stato: io non odio più nessuno. I miei proponimenti di vendetta venivano dalla malattia: ora mi sento bene ». Queste parole furono l'inizio della convalescenza.

∴

*G) Altri confusi impulsivi.*

Alle volte la impulsività nello infermo, anzichè dipendere da una condizione affettiva, od essere portato di mobili e slegate allucinazioni, od infine avere spontanea origine, come fatto motore, che esplode e cessa; si connette, fa sistema con un complesso di idee ed azioni, segno del lavorio sensorio - delirante. L' infermo in tal caso presenta un delirio di possessione, ed è molto vicino ai deliranti mistici o di grandezza; dimostra una certa lucidità; sa bene di trovarsi in manicomio. Sembrerebbe quindi un paranoico, se quando cessano i

momenti accessuali, iniziatisi con lavorio allucinatorio egli non apparisse debole, confuso, mitissimo.

Ho presente un caso di contadino in sui cinquant'anni, con una larga faccia da uomo impulsivo, esaurito da febbri malariche e con parenti infermi di mente. In seguito al dolore provato per il tradimento della moglie fecesi triste e depresso: poscia incominciò a pregare, a mettere tutto sossopra, ad esaltarsi, correndo alla città e gridando per via che Dio lo mandava a salvare quel paese dalla distruzione e dal peccato.

Messo in manicomio, dimostrasi calmo, tranquillo, nulla dice al medico dei suoi guai: ma con gl'infermieri si lascia sfuggire, che egli sente la voce di Dio e vuol rigenerare quanti sono colà rinchiusi. In capo ad alcuni giorni si esalta, grida, minaccia, percuote. Calmatosi, chiede perdono al medico, e dice che tendono a cessare tutte quelle voci, che gl'ingombrano la testa, alcune confuse, altre chiare; ora di scherno, ora di difesa, ora tali da spingerlo ad operare. Ha visto la madonna presso il suo letto nel colmo della notte, e teste, e figure mobili e strane. Nei buoni momenti riconosce in parte la morbosità di tali fenomeni.

*H)* Di spesso fra idee deliranti allucinatorie ed impulsività, non vi è chiara od immediata connessione psicologica; malgrado che le prime tendano ad un sistema, ad una paranoia secondaria, quando l'accesso volge alla fine.

Così ho presente un giovane intorno ai trent'anni, robusto, con la mandibola molto sviluppata; laborioso operaio, ma eccentrico ed amante del bicchiere e dei litigii, con parenti psicopatici. In seguito a ribellione alla forza pubblica, fu condannato ad alcuni giorni di carcere: quivi incominciò a farsi irascibile, confuso, rifiutava il cibo, abbandonandosi ad atti inconsiderati; o stava lungamente immobile, come fisso in un pensiero. In manicomio al contrario appar-

ve gaio, espansivo, spavaldo: cantava ad orecchio con una bella voce da baritono, nè riuscivagli di trovar pace, recando noia a questo, ora a quell'altro infermo. Subite allucinazioni, illusioni diverse, influivano sulla sua condotta, manesca ed irregolare, malgrado l'apparente lucidità; chè egli sapeva d'ordinario di essere in manicomio, e di aver presenti infermieri e medici. V'erano dei giorni, in cui la impulsività ed il disorientamento accennavansi fortemente.

In capo ad alcuni mesi l'infermo si fece calmo, ma incominciò a dire di aver altro nome, di essere figlio naturale di grandi signori, rapito lattante da quelli, che ora dicevansi suoi parenti. Nè tornava il contraddirlo, chè facevasi rosso in viso, bestemmiando, mettendo tutto sossopra.

Da tre anni circa egli non ha smesso punto tali idee. V'hanno dei giorni, in cui, in seguito ad improvvise allucinazioni, rendesi minaccioso, ma non batte alcuno, purchè non vadano ad annoiarlo troppo dappresso. È sempre delirante, gaio del resto e fatuo: lavora di proposito. È migliorato assai nella nutrizione.

*
* *

### *I) Maniaci confusi.*

Tutti i casi, finora studiati, non possono dirsi di mania confusionale, malgrado la ricchezza di fenomeni psicomotori. Ne riferisco frattanto uno solo, che certamente è maniaco, ma presenta intercalata, qua e là, ed alla fine dominante, la sindrome confusionale.

È un giovane, vicino ai trentanni, ben formato della persona, senza anomalie somatiche notevoli. Da bambino è stato d'indole eccentrica, non applicandosi mai seriamente ad alcuna cosa, malgrado la cura della famiglia ad avviarlo in un impiego, dopo gli studii opportuni. Intorno ai ventanni soffrì di psicopatia, da cui parve completamente

guarito; ma si dimostrò nel carattere sempre più strano ed irrequieto.

Volle porsi a studiare canto, a far l'artista: poscia si diè ad abusi di vino e liquori , fino a che divenne attaccabrighe, clamoroso, eccitabilissimo.

Entrato in manicomio, lucido e cosciente del luogo, ove trovavasi; diceva: « Per la scienza mi sottopongo a tutto », ridendo gaio, espansivo, in preda a sovrabbondante attività psicomotoria, sì che non riusciva a star quieto un momento; e tutto metteva in disordine. Discorreva col medico, pronto ed arguto; malgrado avesse istanti di distrazione, ripetendo tal volta qualche parola fra i denti (allucinazioni psicomotorie ?), o con fuggevoli occhiate sospettose. Avanzava propositi di grande attività: voleva andare all'estero e compiervi grandi speculazioni, oppure tentare qualche fatto nuovo ed ardito. Dopo qualche tempo s'inasprì: tirava calci contro gli usci, aggrediva gl'infermieri, lacerando abiti e berretto. In seguito ad abusi di onanismo, per alcuni giorni apparve distratto, confuso, in preda ad un erotico confuso vaniloquio, recitato da lui a voce bassa.

Migliorò presto: fu ritirato in prova dai parenti. Qualche mese appresso fe' di nuovo ritorno.

Questa volta il vaniloquio, gli atti disordinati e la impulsività, tendevano a sostituirsi del tutto al fondo prettamente maniaco. Quantunque egli fosse d'ordinario lucido di mente, distraevasi da un momento all'altro, abbandonandosi ad un frasario osceno ed incoerente. Sentiva con insistenza una voce: « Io t'amo ! ». Altre volte parevagli, che quanti gli erano attorno gli dicessero espressioni ingiuriose. Richiamata alla realtà dalla voce e dalle assicurazioni del medico, la sua mente quasi destavasi, riprendeva l'equilibrio: ma cessando quella influenza temporanea, ripiombava essa nel suo disordinato mondo, pieno di vaporose imagini, parole slegate, ed allucinazioni acustiche, saltuarie, a tinta erotico-persecutoria. Gl'impulsi delineavansi aggressivi, rapidi e violenti, quantunque di brevissima durata.

Da più di un anno l'infermo versa in tale stato, con oscillazioni in bene od in peggio. La nutrizione si conserva

mediocre; le varie sensibilità sono conservate, sospesi i riflessi cutanei, tardi i pupillari, regolari i tendinei.

∴

*L) Confusi catalettoidi.*

Veniamo ora a due infermi, in cui i sintomi motori, anziché di eccitamento, sono di arresto.

L'*uno* è contadino, presenta al capo notevoli anomalie, ha eredità psicopatica; era volto ad abusi di onanismo. Intorno ai trent'anni, in seguito a dispiaceri domestici, cadde in preda a grave depressione: rifiutava il cibo, manifestando idee persecutorie e gelose. Poscia incominciò ad avere fenomeni di stupore ed arresto motorio; ed in tali condizioni, dopo quattro anni d'infermità, entrò in manicomio.

Quivi apparve confuso ed inerte: restava lungamente immobile, l'occhio fisso, mezzo curvo sulla persona. Gli arti, a fletterli, davano notevole resistenza. V'era dei giorni, in cui l'infermo era più lucido: allora girava gli occhi attorno dicendo di non essere stato mai in simile luogo, che la moglie ed i nemici lo avevano fatto patire abbastanza; sentiva la voce della madonna, aveva il diavolo nell'addome; vedeva davanti agli occhi teste, mezzo vaporose e mobili; a toccarsi gli orecchi gli sembrava, che fossero di carta. In altri giorni con una certa festività rispondeva alle interrogazioni, quantunque occorresse scuoterlo dapprima con reiterate domande. Per la debolezza della sua attenzione non fu possibile praticar bene un esame delle varie sensibilità: queste sembravano conservate. Erano vivaci i riflessi tendinei.

L'*altro* è un uomo al di sopra di 40 anni, negoziante, appartenente a famiglia di neuropatici. Di pronta intelligenza, abile e furbo nei negozii commerciali, era volto ad abusi con donne, nè sdegnava alzar di tanto in tanto il gomito: soffriva di emicrania. In questi ultimi anni incominciò a presentare mutamento nel carattere, a farsi prodigo da avaro,

da trascurato osservantissimo delle pratiche religiose. Dormiva assai poco: si addolorava, pensando alla sterilità della moglie. Poscia incominciò ad avere idee di gelosia, strani disturbi nervosi, tremori; a cadere in istato catalettico, come dicevano i medici. Egli andava ripetendo di avere il demonio nell'addome, che la sua saliva era sacra: aveva periodi di violenta agitazione, in cui rendevasi pericolosissimo.

Entrato in manicomio con fare spavaldo e gaio, diceva di sentirsi come un leone, pronto a firmare quante cambiali da lui si volesse. Sedendosi in un angolo, cadeva in grande torpore; da cui si riscuoteva, col trarre un lungo respiro, e dicendo: « Via, sgualdrina, la finisci con me? ». Talvolta una simile condizione lo colpiva nel meglio del vestirsi: una mattina rimase con i pantaloni a metà infilati Chiamato a nome dal medico, non rispondeva affatto: aveva gli arti in flessibilità cerea, gli occhi chiusi, le pupille dilatate, rigide alla luce; i reflessi patellari vivaci. Poi si destò, rispondendo a qualche semplice interrogazione, ed intramezzando il discorso con parole, rivolte alla donna, cui sempre alludeva in tale stato. Si mise a ridere, come se vedesse qualche cosa, o sentisse espressioni pornografiche.

Questi arresti degli atti e della coscienza lo sorprendevano nella giornata parecchie volte; e nei momenti intervallari, se incomodato, lasciava egli andare pugni e percosse.

Invitato, quand'era calmo, a muoversi e a tendere le dita a scoppio, presentava tremori, e mal reggeva ad occhi chiusi con le piante strette: in tale posizione si accentuavano scosse isolate agli arti inferiori. Nulla alla lingua in totalità e nei muscoli *mimici*. La pronunzia in lui subiva ancora notevoli mutamenti, chè in alcuni giorni si esagerava la sua naturale balbuzie, in altri egli parlava speditissimo. La scrittura, a caratteri grandi e chiari, aveva qualche lettera tremola. I reflessi cutanei erano conservati, deboli i tendinei. Le varie sensibilità normali, e soltanto incerti gli apprezzamenti della sensibilità stereoscopica, e delle punte del compasso del W e b e r nello studio dei circoli tattili. L'infermo aveva una certa coscienza di essere in manicomio;

vedendo i suoi li riconosceva senza commuoversi: sosteneva alla meglio una conversazione, ric ordando molte cose quantunque con poco ordine e coerenza. Si abbandonava di spesso, mezzo intontito, ad allegre canzoni, a frizzi, e motti arguti. Scriveva allora qualche lettera al fratello, dicendo di venirlo a prendere, ricordandogli i sagrifizii, che egli aveva in altra occasione fatti per lui: domandava sigari, danaro, per spassarsela ed andare a Napoli a divertirsi: incurante della persona, era d'ordinario sudicio.

V'era dei giorni, in cui si faceva irritabile, ciarliero, permaloso, ed aggrediva; altri, come sopra ho detto, in cui mostravasi in istato catalettoide e di stupore.

Assieme con questi arresti, astenie ed eccitamenti dell'elemento motore, egli andava incontro a disturbi vasomotorii: presentava accentuati i toni sui focolai cardiaci; 78 battute alla radiale; polso di questa basso, pieno, talvolta intermittente. La tachicardia accentuavasi con arrossimento al volto negli stati catalettoidi; momenti, in cui egli presentava 38.° centigr. all'ascella.

Come vedesi, la lucidità in lui era cangiante, instabile: e le operazioni mentali, ora svolgevansi automaticamente, ora subivano strani ed isolati incagli. L'umore, in prevalenza euforico, dileguavasi nell' apatia, con momenti di acredine impulsiva, e mai facevasi malinconico. Una notte invero egli si svegliò di soprassalto, gridando: Vuoi « andartene ! . . Me lo sento dietro la nuca, con un coltello vuole sgozzarmi . . . Già spiccia il sangue . . . ahi! .. Cosa ti ho fatto, per dio ?». Poco dopo afferrò il braccio del medico , dicendogli : « Credete voi in Dio ? Sapete qual'è l'origine del mondo ? Il destino delle cose ? Obbedite alla fede cattolica ? »

Non sappiamo, se la imagine femminile, che lo tormentava nei momenti gai, fosse la istessa, che lo gittava in preda a spavento nel colmo della notte.

Un mattino, con gli occhi chiusi, in piedi, il volto iniettato, diceva al medico: « I miei nemici anche questa mattina seguitano a tormentarmi ». Esprime va idee gelose all'indirizzo della moglie.

L'infermo in sei anni di chiusura in manicomio non ha

presentato alcun notevole mutamento dallo stato anzi descritto. Soltanto si sono accentuati in lui i periodi d'impulsività e disordine di atti, perdendosi la instabile e povera lucidità dei primi tempi in uno stato illusionale continuo. Egli non riesce a comprendere il luogo, ove trovasi, e scambia il medico per un ufficiale di artiglieria. La nutrizione è andata sempre peggiorando; ed inefficaci sono state le cure per dare all'arruffata matassa dei sintomi morbosi che lo travagliano, un andamento piú riposato e tranquillo.

*
* *

### M) *Confusi malinconici.*

Fino ad ora, nello studio dei varii infermi, abbiamo avuto in mira l'*elemento motore*, e le contingenze entro cui esso varia e si associa ad altri sintomi. Lasciando omai ogni minuta indagine in proposito, volgiamoci ad un altro sintoma, su cui più volte ho sopra richiamato l'attenzione, parlo dell' *umore*. Vi sono casi, in cui questo si fa nettamente malinconico, e dispone ai delirii caratteristici della lipemania.

Riassumo due brevi istorie.

*Nel primo caso* trattasi d'individuo a 36 anni, ricoverato in Nocera dal '90, con parecchie note antropologiche degenerative, grave eredità e sifilide pregressa. Era già infermo da 10 anni.

Nei primi giorni di degenza in manicomio egli presentava allo stato permanente una condizione di arresto motorio, per cui rimaneva mezzo curvo in avanti, rattrappito, immobile, l'occhio luccicante e fisso. Interrogato, non rispondeva, ma girava l'occhio soltanto. Alla puntura destavasi in lui viva reazione pupillare, arrossimenti al volto, modificazioni nel tracciato sfigmografico della radiale. Vi era quindi in

fondo a quello stato di arresto una certa sensibilità al dolore. Infatti capitava di spesso, che, cedendo lo stato catatonico, l'infermo dicesse di non saper bene ove trovavasi, di avere molto peccato e fatto soffrire molta gente per cagion sua; bramava quindi morire. Diceva di sentire un forte rumore alla testa.

Quest'umore malinconico non pare fosse costante, poichè dileguavasi nella più profonda apatia e stupore, quando, col variare dei fenomeni motori, non rendevasi più acuto, oppure insussistente, in mezzo ad una grave e confusa agitazione allucinatorio-impulsiva. La nutrizione andava sempre male, con leggere fasi di miglioramento, se l'infermo mostravasi quieto e torpido; e di peggioramento, allorchè in lui delineavasi un accesso di sitofobia per qualche mese, o l'agitazione, ora ricordata.

Anche adesso su per giù egli è in preda alle sopradescritte fluttuazioni sintomatiche: talvolta sta fermo, irrigidito, presso un uscio, e come questo apresi scappa fuori; ma, al mutar di alcuni passi, di nuovo si arresta; sempre lo sguardo strano, luccicante, punto intelligente.

L'*altro* è un uomo robusto intorno alla cinquantina, senza numerose note degenerative nella persona, con eredità psicopatica. Egli è sempre di umore triste, ed affettuoso con la moglie ed i figliuoli, che vivono da lui lontani. Stimoli non abituali, qualche eccesso dietetico, un bicchiere di vino in più, l'uscita dal manicomio; provocano in lui uno stato di progrediente taciturnità: la sera presso al letto, invece di spogliarsi, resta immobile e cupo; interrogato non risponde. Poscia incomincia a piangere clamorosamente, a fare atti disordinati, fino a che, col volto congesto, cade in preda a violentissima agitazione, la quale dura un otto giorni in media. In tale stato, ora presenta un lampo di lucidità; saluta, riconosce e poi grida; domanda aiuto, lacera, spezza, mette tutto in disordine: altre volte è pienamente obnubilato, sputa in volto, percuote, minaccia; ha impulsi suicidi. In tutta l'agitazione domina la nota angosciosa. Interrogato col rimettere dell'accesso, egli dice, che sapeva e non sapeva di essere in manicomio, il medico e gl'infermie-

ri gli sembravano tanti diavoli, i quali inferivangli torture incredibili, e che talvolta sentivasi spinto a reagire. Non sa dire altro di preciso.

∴

*N) Confusi ciclici.*

Come vedesi, nei casi precedenti l' umore dominante è triste, mentre in altri infermi v'ha notevole gaiezza. D'ordinario però, quando osservasi tale ultima condizione, essa più che primitiva, segue ad una fase di depressione. Insomma nella maggioranza dei casi trovasi, più o meno svolto ed accentuato nelle sue parti, questo ciclo: fase depressiva, paurosa; poscia di eccitamento, gaia o fatua. È noto che il Meynert ha detto guarire l'amenza non di rado con uno stadio maniaco; ed il Kalbhaum per sua parte ha descritta una psicosi ciclica, i cui stadii succedonsi in un ordine somigliante.

Riassumo tre casi.

Il *primo* è un giovane di 33 anni, contadino, di carattere anomalo, volto a strani ed inconcludenti amori, e masturbatore. In seguito a dispiaceri erotici cadde in preda a tristezza: era la notte in delirio e dava in continue violenze contro i suoi: ora lucido, ora confuso, alla fine s'invescò in un grave accesso psicopatico. Stette per giorni parecchi appollaiato sopra un albero per tema d' imaginarii persecutori.

In manicomio era confuso, timidissimo: non riusciva ad orientarsi e diceva al medico, che desiderava far ritorno da suo padre; temendo di essere ucciso qua dentro. L'angoscia in qualche istante in lui facevasi accentuatissima, cacciandolo in una violenta agitazione. Versò in tale stato per circa un mese, e poscia man mano incominció a farsi gaio, a dire di essere un trombettiere, protetto dalla madonna: scam-

biava i malati per musicanti; rideva, lacerava. Lo stato pauroso non si dileguò del tutto, ma apparve frammisto e dominato da quello gaio.

L'infermo da cinque anni dura in simile condizione, nè accenna a miglioramento alcuno. Non è riuscito a comprendere, dove trovasi, regnando in lui grande ottusità mentale.

Il *secondo* è un uomo di 47 anni, usciere di pretura, eccitabilissimo, intelligente. Ha abusato di donne e di vino: in seguito si abbandonò a stravaganze, prendendosela col pretore, da cui si diceva perseguitato: rifiutava il cibo, temendolo veleno. Così per due mesi versò in preda a mille paure e a tristezza.

Entrato in manicomio, apparve dominato da confusa e violentissima agitazione con febbre gastrica. Al rimettere di questa fecesi lucido, ciarliero, disordinato. Diceva al medico di sentire voci dalle pareti di un muro vicino, che rivolgevangli le domande più strane. Egli maravigliavasi, dicendo: « Vi è qualcuno là dietro? Perchè talvolta mi girano attorno e mi danno piccoli colpi sulla nuca? Perchè quel malato parla della mia famiglia? ». A discorrere mostrava pronta memoria di tante cose: accusava il pretore di dominio sulla sua persona, affermando che costui facevalo cadere all'improvviso, dappresso, o lontano, in gravi accessi di sonno. Presto distraevasi, errando in un chiacchierio, slegato e vario, abbandonandosi ad atti diversi. Idee di avvelenamento, altre ambiziose, una notevole permalosità ed orgoglio, permanevano sempre sotto la inquietezza muscolare e l'illusione di un grande benessere.

Il *terzo caso* risulta di una giovane donna di 22 anni, la quale in seguito a cinque mesi di matrimonio ed a strapazzi, fu vinta da idee melanconiche e di gelosia: confusa, insonne, diceva valer meglio morire una sol volta, che parecchie di seguito, che il brigadiere voleva farla a pezzi: tentò di buttarsi in una palude.

Entrata in manicomio, mostrossi inerte e confusa, pur lasciando intravvedere di essere in preda ad allucinazioni terrifico-persecutorie. Stette due mesi in tale stato. Un po' meglio nella nutrizione, venne ritirata dal padre; andò pres-

so il marito, e tornò in manicomio dopo un altro paio di mesi. Le idee di gelosia eransi trasformate in impulsi erotici, fondendosi ad una condizione di eccitamento grande. lucidità, gaiezza: essa aveva pronto lo scilinguagnolo, sapendo ove trovavasi, ed invitava con parole oscene malate ed uomini. Attraverso a questa fase erotico-maniaca,, guarì in capo a cinque mesi, adagio, adagio, migliorando notevolmente nella nutrizione generale.

⁂

*O) Confusi remittenti.*

Talvolta questo mutamento di cenestesi e di altri sintomi morbosi notasi attraverso a notevoli remittenze.

Così ho presente un giovane, intorno alla trentina, con gravi note degenerative antropologiche ed eredità tristissima. Sviluppatosi di carattere abnorme, volto alla solitudine e ad abusi di onanismo, malgrado fosse ammogliato da giovanetto; egli fecesi in seguito a dispiaceri, triste e gelosissimo della moglie. Aggredì questa ed il cognato, e cadde in un delirio allucinatorio a fondo geloso persecutivo.

Venuto in manicomio, apparve lucido ed ordinato, ricordando lacunarmente i fatti occorsigli: sospettoso del luogo e degl'individui egli dava spesso risposte evasive. Poi sembrò decisamente migliorare, quando di un subito divenne agitato e confuso: compiva atti disordinati, vagava come in un fantastico mondo, spogliandosi, mettendosi alla rinfusa le vesti; gridava, rispondendo a voci lontane. Dopo circa sette giorni fecesi calmo, lucidissimo. In seguito di nuovo si agitò, ridendo, ballando; conosceva quanti gli erano attorno.

Lo stato confusionale per tal modo si è negli accessi man mano dileguato; ed ora attraverso periodi intervallari di calma e coscienza, seguonsi fasi più propriamente maniache.

*P)* E' del resto la remittenza, od intermittenza, un caso non raro nelle psicopatie confusionali. Certi in-

fermi, che in manicomio sono detti maniaci, o maniaci remittenti, nel fatto vanno soggetto a fasi confusionali, di turbamento grave della coscienza, in cui dominano i più strani atti, fatuità o tristezza.

Ho osservato un infermo, da quattro anni malato, che viveva fuori vita randagia, tagliava alberi ed aggrediva. Egli sembrò, al primo entrare in manicomio, del tutto guarito; ma presto si rivelò disposto a strani e brevi accessi psicopatici. Da un'ora all'altra assumeva un'aria balorda, un viso gaio ed ebete, come di scemo briaco; si rovesciava il berretto, buttando via le scarpe, scambiando la manica della giacca per i pantaloni; rideva od aggrediva. Interrogato non prestava attenzione: nel cibo e nel sonno era irregolarissimo. In pochi giorni apparve calmo del tutto, per ricadere in seguito; ed indugiarsi come presentemente, in uno stato omai di tenue e semiconfusa agitazione.
Ho visto un altro di questi infermi durare in tale stato per un anno intero, e poscia guarire.

Sembra quindi, che la sindrome confusionale assuma non di rado un andamento remittente, e si trasformi spesso in mania, allorchè accenna a venir meno del tutto.

∴

*Q) Confusi periodici.*

E cosí ci troviamo davanti agl'infermi periodici, la cui vita non è, che un andare e venire dal manicomio.

Ho presente due casi tipici; nell'uno, uomo sui quarantanni, notasi tra i fattori etiologici, l'abuso del vino; nell'altro, giovane di età, una costituzione neuropatica originaria.

Il *primo*, merciaiuolo ambulante, non arriva in manicomio, che già è snebbiato del tutto, calmo, ragionevole. Ricorda appena, che nel colmo dell'accesso sentiva voci paurose e diverse.

Il *secondo*, contadino, dice, che l'accesso in lui si determina con una allucinazione terrifica. Egli avverte per qualche giorno un gran peso all'ipocondrio sinistro, poscia un bruciore per tutta la persona, e gli si fa avanti il diavolo, che mette fiamme. Pare che tutto l' accesso non sia molto diverso da un sonno spaventoso sotto l'impero di quella immagine. Avendo talvolta interrogato l' infermo nel pieno dell'agitazione, in mezzo ad atti disordinati e violenti ; ho visto per un istante suscitarsi in lui un barlume di lucidità: egli quasi mi riconosceva. Ed in tale stato diè strane risposte in senso persecutorio, espressioni neologistiche, o simboliche con ricordi lontani e diversi. L'infermo guarisce quasi ad un tratto come se si destasse.

Richiamo l'attenzione su questo modo di presentarsi e sparire dell'accesso confusionale.

(*Continua*)

# SULLA FORMA CLINICA PREDOMINANTE

DELLA

# PARALISI PROGRESSIVA

---

**Studio**

DEL DOTT. GAETANO ANGIOLELLA

---

**Nel 1894,** notando l' aumento progressivo dei casi di paralisi generale nel mezzogiorno d'Italia, e precisamente nelle provincie (Avellino, Bari, Campobasso, Cosenza, Foggia e Salerno) che inviano i loro malati al Manicomio di Nocera, notai ancora come, paralellamente a questo aumento ed alla diffusione della malattia, rilevabile dal fatto che vi era aumento non solo nel totale dei paralitici, ma anche nelle percentuali delle singole provincie, e specialmente di quelle che negli anni precedenti ne avevano inviati pochi, paralellamente, dicevo, a tale diffusione, vi fosse un predominio di una forma clinica speciale, caratterizzata essenzialmente dall'invadere della demenza senza precedenti stadii di eccitamento o di delirio grandeggiante, o con rapida sparizione di queste fasi, sì da menare in breve alla più profonda demenza apatica (1).

Poco prima il Bullen (2) aveva pubblicato una no-

---

(1) Sulla paralisi progressiva. Considerazioni statistico - cliniche. (Il Manicomio moderno, Vol. X, 1894).

(2) *Bullen* — A variation an the clinical type of progressive paralyse. (The Iournal of mental Science, avril 1893).

ta su di una variazione del tipo della paralisi generale, notando una frequenza minore dei casi a forma maniaca, maggior frequenza, invece, di quelli appunto a demenza primitiva, o a più rapido sopravvenire della demenza quando vi erano manifestazioni emotive primarie, predominio dei sintomi melanconici su quelli maniaci. Quasi contemporaneamente, poi, al mio lavoro, appariva in Germania un altro del Kundt (1), il quale rilevava nei due terzi dei suoi casi completa assenza di idee deliranti di grandezza, nel 21 0|0 tentativi di suicidio, ed in parecchi delirio micromaniaco; nelle donne frequenti gli stati di depressione con sitofobia.

Queste osservazioni, fatte indipendentemente l'una dall'altra e in paesi cotanto diversi, fecero impressione a Morselli (2), il quale, basandosi appunto su di esse, esprimeva l'opinione che il tipo clinico della paralisi progressiva vadasi gradatamente modificando. Che questa poi, non sia soltanto un'opinione individuale, ma che si tratti, invece, di cosa che ha finito per richiamare l'attenzione di tutti gli alienisti, lo dimostra il fatto che una relazione del Mendel, su questo argomento appunto, era annunziata al Congresso internazionale di Psichiatria di Brusselles (3).

Infatti, riscontrando fra i recenti lavori sulla paralisi quelli che si occupano della forma clinica di essa, si vede che abbondano le osservazioni di casi frusti, che dapertutto debbono far difetto quelli più o meno vicini

---

(1) *Kundt* — Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntniss der Progressiven Paralyse (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. L, H. I. u. II).

(2) *Morselli* — Aggiunte alle *Psicosi* di Ballet nel Trattato di Medicina diretto da Charcot, Bouchard e Brissaud, Vol. VI, parte III, pag. 58.

(3) Dal resoconto di detto Congresso pubblicato nella Rivista Sperimentale di Freniatria parrebbe che questa discussione effettivamente poi non ebbe luogo. Ci duole perciò non poter conoscere l'autorevole opinione del Mendel in proposito.

al tipo classico descritto nei trattati, sicché son frequenti nei lavori suddetti le distinzioni di *forme* varie di paralisi che molti si sforzano di mettere in rapporto coi differenti momenti etiologici.

Così, per citarne qualcuno, l'Oebeke (1) da suoi studii clinici e statistici conclude che nei paralitici sifilitici sono più frequenti la forma melanconica e la demente e gli attacchi apoplettoidi, lo sviluppo della malattia accade in età più giovane e la durata ne è maggiore; riscontrò, inoltre, in questi più frequente la rigidità bilaterale delle pupille, mentre nei non sifilitici è frequente quella unilaterale.

Il Camuset (2) riferisce alcuni casi di paralisi indubbiamente causati dalla sifilide, e ne deduce che vi è relazione fra la sifilide e le paralisi ad andamento molto lungo, con maggior frequenza e più lunga durata delle remissioni, rivestenti la forma clinica della demenza, oppure della depressione, anziché dell' esaltamento psichico.

Il Buddeberg (3) ha comunicato due casi di paralisi nel cui decorso vi erano fasi ciclicamente alternantisi di mania e di malinconia, e crede che a base di tali forme debba esservi un grave fondo degenerativo ereditario.

Il Ballet (4) mette in rilievo una forma di paralisi che s'inizia con fenomeni neurastenici, i quali possono per-

(1) *Oebeke* — Ueber die Pupillenreaction und einige andere Erscheinungen bei den allgemeinen fortschreitenden Paralyse mit Berucksichtigung der Syphilis Frage (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd L, H. I. u, II).

(2) *Camuset* — Notes sur la paralysie générale d'origine syphilitique (Annales médico-psycologiques, Gennaio-Febbraio 1893).

(3) *Buddeberg* — Zur Kasuistik der *Paralysie générale a double forme* (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XLIX, H, V).

(4) *Ballet* — Le période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale (Semaine médicale Anno 1893 n. 67).

sistere anche quando son divenuti netti e manifesti sintomi proprii paralitici.

Il Fischler (1) comunica un caso in cui la paralisi durava da 9 anni ed i sintomi psichici si riducevano all'indifferenza per i proprii affari, accompagnata a tremolio della lingua e dei muscoli facciali, a parola esitante; vi erano stati inoltre 3 o 4 attacchi di afonia.

Un caso analogo è riferito dal Belkowsky (2) di una donna in cui i sintomi fisici erano quasi assenti, e psichicamente era rimbambita, in istato di stupore, policollezionista, amnesica.

Il Klippel (3) e il Ioffroy (4) han studiato le varie forme spinali della paralisi, ed il Vallon (5) le così dette pseudoparalisi saturnina ed alcoolica, che per lui sono soltanto stati intermedii fra l' alcoolismo ed il saturnismo e la vera paralisi progressiva.

Il Kowalewsky (6) distingue una forma acuta ed una cronica di paralisi. Quei casi in cui il fattore etiologico é rappresentato dalla sifilide li divide: in 1.° forme giovanili per sifilide ereditaria; 2.° forme di sifilide tipica; 3.° di paralisi atipica o pseudoparalisi (sifilide cerebrale); 4.° di demenza paralitica sifilitica primaria.

L'Hougberg (7) trovò la forma maniaca di gran

---

(1) *Fischler* — Des formes frustes de la paralysie générale (La semaine médicale, N. 70, 1893).

(2) *Belkowsky* — Dementia paralytica sine paralysi (Cenralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Aprile 1894).

(3) *Klippel* — Paralysie générale. Lésions et symptomes spinaux (Annal. de médecine expérimentale et d'anathomie pathologique, 1894. p. 759)

(4) *Ioffroy* — Sur les formes spinales de la paralysie générale (Iournal de médec. et chir. prat. 10 aprile 1894).

(5) *Vallon* — Pseudoparalysie générale saturnine et alcoolique. (Archives de Neurologie, Gennaio 1894).

(6) *Kowalewsky* — Geistesstorungen bei Syphilis (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, n. 1 1893).

(7) *Hougberg* — Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progr paral. (Allg. Zeitscr. für Pscyh., 1894, n. 3 e 4).

lunga più frequente; seguiva la demente, ultima la malinconica. L'Idanow (1) notò essere la forma demente quella che si incontra più di frequente fra le donne, e del pari il Wollemberg (2) trovò rara fra le donne la paralisi classica, non rare le idee ipocondriache, il 54 0[0] invece di forme di demenza apatica.

Il Fischer (3), poi, descrive dei casi frusti di paralisi a lunga durata, di individui che presentano inceppo notevole della parola, indebolimento della memoria, di tanto in tanto fasi di eccitamento ed accessi convulsivi, e nondimeno possono per molto tempo occuparsi dei loro affari.

Infine, in una discussione su questa malattia avvenuta, in seno all'8.° Congresso degli alienisti e neuropatologi francesi, il De Perry ha richiamato l'attenzione sulle forme di paralisi generale senza delirio, ed il Garnier ha insistito sul fatto che egli considera la demenza come segno patognomonico per la diagnosi, non dando valore alcuno alle concezioni deliranti (4).

Essendo, dunque, questo fatto della modificazione del tipo clinico della paralisi divenuto quasi di generale osservazione, e, dirò così, un argomento di attualità, non mi è parso inutile ritornarvi sopra, portandovi il contributo locale, vale a dire lo studio dei paralitici delle nostre provincie nel triennio 94-95-96 e nel primo semestre del 97, cioè da quando mi arrestai nel precedente sopraccennato lavoro. Di questi 84 paralitici riferirò in brevi parole e quasi in forma schematica le relative storie cliniche.

---

(1) *Idanow* — De la paralysie générale chez la femme. (Annales médico-psychologiques, N. 3, 1894).

(2) *Wollemberg* — Statistisches und klinisches zur Kenntniss der paralytischen Geistesstörungen beim weiblichem Geschlecht (Archiv. für Psychiatrie, Bd. XXVI).

(3) *Fischer* — Casi anomali di paralisi generale. (The journal of nervous and mental disease, Dicembre 1893).

(4) V. Annales médico-psychologiques, Settembre-Ottobre 1897.

1. T. B. di Molfetta (Bari), di 61 anno, negoziante, ammogliato. È da alcuni anni debole di mente ed irascibile. È ammesso il 31 Gennaio 94 e presenta: stato di eccitamento, idee grandeggianti, coprolalia, percezione e memoria difettose; tremore spiccato nella lingua e negli arti, pupille miotiche e rigide, riflessi patellari esagerati, nutrizione decaduta. In seguito progredisce sempre l'indebolimento mentale e il decadimento della nutrizione; è però sempre agitato. Muore il 2 Agosto 94 per marasma.

2. F. N. di Picerno (Salerno), di 60 anni, appaltatore, ammogliato. Ha abusato di vino. Nel Dicembre 92 dopo un accesso convulsivo diè segni di follia. Dopo 6 mesi migliorò; ricadde pochi mesi prima dell' ammissione, in seguito alla morte di un figlio; ebbe un altro accesso convulsivo.

È ammesso il 6 Aprile 1894 e presenta: grave debolezza mentale, idee grandeggianti, allucinazioni, linguaggio osceno, agitazione; tremore della lingua e degli arti, specie di destra, parola scandita al massimo grado. Ha frequenti accessi apoplettiformi, in seguito ad uno dei quali residuò emiplegia con emianestesia a sinistra e contrattura del braccio. In seguito decade sempre più nella mente e nella nutrizione; cessano, però, l'agitazione e le idee di grandezza. Muore il 5 Luglio 1894 con piaghe da decubito e marasma.

3. R. G. di Tortorella (Salerno), di anni 54, commerciante, ammogliato. Probabile sifilide; dissesti finanziarii. Da parecchi mesi faceva notare cambiamento di carattere, prodigalità; da tre mesi, poi, era divenuto eccitabile fino ad avere veri accessi di furore e a minacciare la vita dei figli. È ammesso il 12 Aprile 94 e presenta: idee grandeggianti, riflettenti i suoi danari, profondo decadimento psichico; è tranquillo, apatico, taciturno. Pupille miotiche, la destra a contorno irregolare; tremore diffuso, riflessi patellari aboliti, pronunzia alterata. Nell' Ottobre 95 ha un accesso apoplettiforme; in seguito le idee deliranti spariscono e subentra il quadro della più completa demenza apatica; è laceratore; ha iscuria paradossa. Muore il 4 Aprile 95 per accesso apoplettiforme.

* 4 A. G. di Petrella Tifernina (Campobasso), di 58 anni, commerciante, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da 7 ad 8 mesi ha idee di gelosia e momenti di aggressività in cui danneggia gli altri e se stesso. È ammesso il 21 Maggio 1894 e presenta: profondo decadimento mentale, incoerenza, irrequietezza; andatura lenta, barcollante, tremori notevolissimi nella lingua e negli arti, riflessi patellari esagerati, reazione pupillare lenta, nutrizione molto decaduta, gravissima alterazione della parola. Pochi giorni dopo ha ripetuti accessi apoplettiformi, in seguito ai quali residua paralisi vescicale. Decade sempre più nella nutrizione e nella psiche. Muore il 24 Giugno 94 per febbre gastro-intestinale.

* 5 De R. E. di Paternopoli (Avellino), di anni 51, farmacista, celibe. Ha un fratello debole di mente; ha menato sempre vita girovaga e fortunosa. Da venti giorni si è agitato, fa spese stravaganti, si è buttato dalla finestra.

È ammesso il 22 Giugno 94 e presenta: fisonomia cascante, apatica, movimenti goffi, fatuità, non ha vere idee di grandezza, ma dice che guadagnava molti danari. Tremori muscolari diffusi, lieve paresi dei muscoli mimici a sinistra, riflessi patellari molto esagerati, pronunzia notevolmente alterata, pupille rigide, nutrizione decaduta. In seguito progredisce sempre la demenza; la parola diviene incomprensibile. Muore il 18 Gennaio 95 per marasma.

6 De S. V. di Atripalda (Avellino), di anni 47, barbiere, ammogliato. Il padre è stato apoplettico, egli ha abusato di alcoolici. Nel Dicembre 92 ebbe un attacco cerebrale con consecutiva emiparesi destra ed indebolimento visivo.

È ammesso il 25 Giugno 94 gravemente agitato, con allucinazioni visive, loquacità esagerata, idee grandeggianti passeggiere. Ha amaurosi completa, leggiera disartria. In seguito ha due accessi apoplettiformi, decade nelle facoltà mentali, diventa apatico, taciturno. Esce a responsabilità della famiglia il 29 Aprile 1895.

* 7 De G. P. di Barletta (Bari), di anni 52, impiegato al Dazio, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Tre anni fa ebbe un attacco cerebrale, a cui ne sono succeduti varii altri, seguiti in ultimo da idee di grandezza ed altri distur-

bi mentali. É ammesso il 10 Luglio 1894 e fa notare: grave debolezza mentale, notevole irrequietezza; dice di essere S. Giorgio, ma il momento dopo soggiunge di esser povero. Grave inceppo della loquela, che è quasi incomprensibile; tremori nella lingua e negli arti; andatura incerta, barcollante; riflessi rotulei esagerati, nutrizione molto decaduta. In seguito decade sempre più nel fisico e nella psiche. Muore il 18 Settembre 94 per marasma e piaghe da decubito.

* 8 P. V. di Campobasso, di 44 anni, sarto, ammogliato. Ha abusato di alcoolici. Un anno prima dell'ammissione ebbe un attacco cerebrale con consecutiva emiplegia. È ammesso il 20 Luglio 94 e presenta grave indebolimento mentale, percezioni confuse, depressione di tutte le facoltá psichiche. Forte inceppo della loquela, riflessi rotulei indeboliti, talvolta sitofobia, nutrizione decaduta al punto da non poter reggersi in piedi. In seguito peggiora sempre, e muore il 27 Ottobre 94 per marasma e piaghe da decubito.

* 9 L. S. di Andria ( Bari ), di anni 34, contadino, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da un anno mostra tendenze incendiarie ed aggressive contro la moglie e la madre. Ê ammesso il 12 agosto 1894 in preda a profonda incoerenza ed apatia; qualche volta dice di posseder molte terre, ma il momento dopo aggiunge di esser povero; è taciturno, tranquillo, talvolta sitofobo. Presenta tremori nei muscoli della faccia, degli arti e della lingua, riflessi rotulei molto esagerati, parola scandita. Decade sempre piú nel fisico e nella psiche; è ancora in Infermeria perchè ha avuto un vasto ascesso ad una coscia.

* 10. C. G. di Bagnoli del Trigno (Campobasso), di anni 40, contadino, celibe. Momenti etiologici ignoti. È stato 8 mesi nel Manicomio di Napoli, sul principio agitato e confuso, poi più tranquillo. Ê ammesso il 13 agosto 1894, loquace, incoerente, con passeggiere e puerili idee di grandezza; è tranquillo, ma alquanto clamoroso, erotico, osceno nel linguaggio. Ha tremori spiccati nella lingua e nelle mani, riflessi rotulei notevolmente esagerati, reazione pupillare assente a sinistra, leggerissima a destra, parola scandita.

In seguito si è andato accentuando sempre più l'indebolimento mentale.

11. C. F. di Salerno, di 36 anni, operaio, ammogliato. Carattere eccentrico, sifilide, lavoro eccessivo, dissesti economici. Da alcuni mesi è divenuto apprensivo, triste; in seguito si è fatto disordinato, con idee euforiche e di grandezza. È ammesso il 24 agosto 94 con tipico delirio grandeggiante, euforia, senso genitale esagerato; è alquanto coerente nei discorsi che non riflettono il suo delirio, il decadimento mentale non è molto accentuato. Fa rilevare notevole disartria, tremori spiccati nella lingua, meno negli arti; pupille miotiche, reazione alla luce torpida, riflessi rotulei indeboliti. In seguito decade sempre più nella psiche, diventa apatico, fatuo; deperisce anche nella nutrizione. Muore il 17 settembre 1894 per accesso apoplettiforme.

12. T. F. di Cava dei Tirreni (Salerno), di 36 anni, commesso tipografo, ammogliato. Abusi venerei, saturnismo, dissesti finanziarii. Da cinque mesi è divenuto loquace, incoerente, insonne. È ammesso il 26 agosto 1894. Dice di essere impiegato nel Liceo di Salerno, che sua figlia guadagna molto, che qui è venuto per far l'infermiere; ha un sorriso fatuo sulle labbra, è contento, euforico; si adatta facilmente alla permanenza in Manicomio. Presenta leggiero inceppo della favella, pupille disuguali e rigide alla luce, tremore accentuato negli arti, incontinenza urinaria, esagerazione dei riflessi tendinei. In seguito decade sempre più nella nutrizione e nella psiche, diviene lurido, si accentua il disturbo della favella. Muore il 12 ottobre 95 per pulmonite.

* 13. C. G. di Napoli, di 43 anni, negoziante, ammogliato. Ha sofferto ileotifo, febbri miasmatiche, patemi d'animo. Nel 1890 dopo un forte spavento fece notare inceppo nella loquela con tremori diffusi; in seguito ha avuto accessi di agitazione e di impulsività. È ammesso il 20 settembre 94 e fa notare un grave decadimento mentale; è apatico, incoerente, non manifesta idee deliranti, nè, si può dire, idee di sorta alcuna. È in istato fisico grave; andatura oscillante, atassica, mal si regge in piedi; ha scosse nei muscoli mimici, grave inceppo della loquela, fame vorace, stip-

si e qualche volta diarrea. Decade rapidamente nel fisico e nella psiche, e muore per marasma il 1 novembre 1894.

* 14. R. D. di S. Martino in Pensilis (Campobasso), di anni 42, notaio, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. È ammalato di mente dal gennaio 94: è ammesso l' 11 ottobre dello stesso anno, in preda a verbigerazione confusa, irrequietezza, profondo indebolimento mentale; è fatuo, scialbo nel colorito sentimentale. Ha tremori diffusi nella lingua e negli arti, riflessi patellari esageratissimi, pupille disuguali, torpide alla luce. In seguito ha un periodo di remissione con lieve miglioramento, ed esce in esperimento il 31 marzo 1895.

* 15. B. G. di Montoro Superiore (Avellino), di anni 53, contadino, ammogliato. Madre folle; pazzia ereditaria nella famiglia del padre; egli ha avuto carattere nevrastenico, ha sofferto dissesti finanziarii. Da circa 4 anni ha abbandonato il lavoro, va girovagando, appiccando il fuoco, devastando; da qualche mese è più calmo, ma più indebolito nelle facoltá mentali. È ammesso il 29 ottobre 1894 e presenta fisonomia gaia, balorda, sorriso fatuo; è euforico, e dice di essere contento di stare in Manicomio perchè qui mangia bene. Parla a fatica e male; mal si regge in piedi, cammina barcollando. Ha tremori spiccati nella lingua e negli arti, riflessi tendinei esageratissimi, riflessi pupillari torpidi. In seguito decade sempre più nella nutrizione generale, e muore l'11 ottobre 95 per marasma.

16. M. P. di Bisceglie (Bari), di 49 anni, commerciante, ammogliato. Sifilide, dissesti finanziarii. Da cinque anni ha fatto notare una certa sonnolenza cui ha fatto seguito un periodo malinconico e poi un altro agitato. È ammesso il 31 ottobre 1894 e presenta fisonomia contenta, senso d'euforia. Dice di possedere 20 o 30 mila lire di rendita al giorno, di essere proprietario di vapori di mare, ecc.; spesso è irrequieto, specie la notte. Ha notevole disartria, tremore nella lingua e negli arti, reazione pupillare torpida, molto esagerati i riflessi rotulei. In seguito, migliorandosi alquanto la nutrizione generale, sebbene le condizioni psichiche rima-

nessero stazionarie, fu ritirato a responsabilitá della famiglia il 4 gennaio 1895.

* 17. P. L. di Eboli (Salerno), di 48 anni, sarto, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da 4 o 5 mesi è divenuto allucinato, aggressivo. Entra il 7 novembre 1894 profondamente decaduto nelle facoltà mentali, agitato, confuso; non si presta neanche a prendere il cibo, e talvolta si è costretti ad alimentarlo. É gravemente decaduto nel fisico, non si regge in piedi, trema di continuo e nelle poche parole che pronunzia fa notare un grave disturbo della favella. In seguito va soggetto a frequenti accessi apoplettiformi che ne aggravano sempre più le condizioni, e con uno di questi muore il 24 dicembre 1894.

* 18. P. D. di Campobasso, di anni 34, tagliamonti, ammogliato. Probabile sifilide, spavento. Da 1 anno circa è divenuto debole di mente, impacciato nella pronunzia, talvolta aggressivo colle persone di famiglia. È ammesso il 24 novembre 1894. Se ne sta seduto in un angolo, confuso, inerte, apatico; talvolta si urta quando è o si crede insultato da altri ricoverati. Fa notare lievi tremori nella lingua e nelle mani, notevole incoordinazione dei movimenti, quasi completa abolizione dei riflessi patellari, reazione pupillare torpida. Il decorso della malattia era molto lento, sicchè lo stato suo si manteneva quasi stazionario, quando in seguito a pericolo corso di soffocazione, ebbe ripetuti accessi apoplettiformi e poi pulmonite crupale tipica per la quale morì il 24 settembre 1895.

* 19. P. L. di Colletorto (Campobasso), di anni 38, guardia campestre, ammogliato. Probabile sifilide, patemi di animo. Da circa due anni, fa notare inceppo nella pronunzia, debolezza mentale, aggressivitá, tendenze suicide. É ammesso il 5 dicembre 1894, confuso, incoerente, qualche volta aggressivo; più che altro però fa notare il grave indebolimento mentale. La pronunzia delle parole è quasi del tutto incomprensibile, l'andatura barcollante, le pupille miotiche, rigide, i riflessi rotulei esageratissimi; ha tremori diffusi. Deperisce sempre più e muore il 25 marzo 1895 per marasma.

* 20 S. A. di Salerno, di anni 41, marinaio, ammogliato. Anamnesi ignota. È ammesso il 7 dicembre 1894; è disordinato, confuso, incoerente, indocile, in preda a grave indebolimento mentale. Lo stato fisico è gravissimo, sì da rendere impossibili gli esami obbiettivi. Muore il 20 dicembre 94 per accesso apoplettiforme.

* C. G. di Bovino (Foggia), di 53 anni, pittore di appartamenti, ammogliato. Abuso di alcool, saturnismo; padre e fratelli pazzi. Nel maggio 94 ebbe due accessi cerebrali in seguito ai quali divenne debole di mente e cleptomane. È ammesso il 10 dicembre 1894. È coerente, si rende conto del luogo dove si trova, è riconoscente delle cure che gli si prodigano. Però si adatta facilmente alla dimora nel Manicomio, è eccessivamente espansivo ed emotivo, sebbene qualche volta attaccabrighe e manesco. Fa notare orlo bluastro sulle gengive, spiccatissima disartria e bradilalia, nutrizione decaduta, tremore nella lingua e negli arti, riflessi rotulei molto esagerati, pupille leggermente disuguali, torpide alla luce. In seguito decade sempre più nella nutrizione e sopratutto nell'intelligenza, cadendo nella più grave demenza apatica. Muore per marasma il 4 gennaio 1897.

22. B. O. di Potenza, di 38 anni, commesso viaggiatore, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da pochi mesi ha fatto notare disturbo della favella ed incoerenza, con periodi di grave agitazione. É ammesso il 19 dicembre 1894. Vanta il titolo di conte e la nobiltà della sua famiglia; dice di possedere palazzi e capitali, di essere molto istruito; ha contegno apatico, tono affettivo scialbo, esagerata emotività. Presenta spiccatissima disartria, deambulazione incerta, tremori spiccati, riflessi rotulei esageratissimi, pupille disuguali, di cui reagisce alla luce più la destra che la sinistra. In seguito decade sempre più, si sbiadiscono le idee di grandezza. Muore per marasma il 22 giugno 1895.

23. F. C. di Pagani (Salerno), di 40 anni, prostituta. Sifilide, abusi alcoolici. Da 8 mesi facea notare debolezza mentale, specie nella memoria, tremore negli arti superiori, cefalea e disturbi nella favella. É ammessa il 6 marzo 94.

Manifesta qualche vaga idea persecutoria ; ha allucinazioni igriche , e si lagna perchè le biancherie del manicomio sono tutte bagnate; vorrebbe perciò stare ignuda. Nutrizione decaduta, linguaggio inceppato, rifessi rotulei deboli; reazione pupillare debole a destra, assente a sinistra, pupilla sinistra midriatica. Da qualche tempo è molto migliorata nel fisico, si è ingrassata di molto; le allucinazioni , le idee deliranti , le fasi di agitazione sono scomparse , cedendo il posto alla più completa demenza apatica.

24. La S. C. di Avellino, di 63 anni, vedova, donna di casa. Leggieri abusi di vino. Da due anni fa notare un indebolimento dell'intelligenza, sbaglia nelle faccende di casa, si irrita e piange facilmente. È ammessa il 15 Aprile 1894 in preda a profondo decadimento mentale; rifiuta il cibo, è agitatissima. Lo stato fisico è grave , ha lingua e bocca aride. Muore per marasma il 13 maggio 1894.

* 25. B. F. di Atena Lucana (Salerno), di anni 61, vedova, donna di casa. Anamnesi ignota. È ammessa il 3 dicembre 1894, tranquilla, depressa, piagnucolosa ; manifesta vaghe e fatue idee vanitose. É molto decaduta nella nutrizione ; fa notare deambulazione incerta , inceppo notevole della favella, tremori diffusi, riflessi rotulei esagerati. La malattia ha un decorso progressivo, ma piuttosto lento; l'inferma muore l'11 gennaio 1896 per pulmonite.

26. S. V. di Rogliano ( Cosenza ), di 38 anni, maritata, donna di casa. Ha avuto sifilide. Da un paio di mesi va soggetta a fasi di depressione alternate con altre di eccitamento , è erotica, insonne. È ammessa il 27 maggio 1894; ha idee di grandezza, possiede molti milioni; si lagna di cefalea, è piuttosto tranquilla. Presenta alterazione della parola e della scrittura, deambulazione incerta, assenti i riflessi rotulei, riflessi pupillari debolissimi. Migliorata alquanto, specie nel fisico, fu ritirata dal Manicomio il 31 agosto 94; vi ritornò il 7 dicembre dello stesso anno. D' allora il delirio di grandezza è più sbiadito, più notevole invece il decadimento mentale.

27. P. S. di Avellino , di 54 anni, guardia daziaria, ammogliato. È andato soggetto a sifilide e a dissesti finanzia-

rii. Dal maggio 94 è mesto, taciturno, trascurato nei doveri del suo posto, fa assurdi progetti per l'avvenire. È ammesso il 21 gennaio 95, lucido, coerente, però eccitabile, euforico, alquanto vantatore di se stesso; parla spesso delle sue alte relazioni ed aderenze. Parola notevolmente inceppata fino a rendersi incomprensibile; cammina barcollante; riflessi rotulei esagerati, pupille rigide alla luce. Poco dopo venuto in Manicomio va soggetto ad un periodo di grave agitazione maniaca; in seguito ha nn flemmone alla guancia destra, con formazione di sequestro osseo. Guaritone, si verifica un periodo di remissione della paralisi; diventa calmo, alquanto scialbo, ma coerente, migliora anche nella nutrizione. È ritirato in esperimento dalla famiglia il 24 dicembre 95.

28. P. L. di Acerno (Salerno), di anni 45, calzolaio, ammogliato. Abusi di vino, dispiaceri domestici. Da due anni, stando in America, è divenuto malinconico, svogliato, taciturno, smemorato. Tornato in Italia è stato più calmo, ma è andato vagando per paesi e campagne, si è fatto lurido, irrequieto, irascibile. È ammesso il 1 marzo 1895; è profondamente incoerente, apatico; dice di possedere 8 mila ducati e dei palazzi. È molto deperito nella nutrizione; la parola è gravemente alterata fino a divenire incomprensibile. Decade rapidamente nel fisico e nella psiche; muore il 23 marzo 1895 per pulmonite ipostatica.

29. I. M. di Cancellara (Bari), di anni 56, contadino, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Nel dicembre 96 improvvisamente cominció a dire che le persone di famiglia erano suoi nemici; in seguito si è dato a grandiosi progetti; ha avuto frequenti accessi convulsivi. È ammesso il 23 marzo 1895, clamoroso, agitato, profondamente incoerente, spesso osceno nel parlare. Ha vaghe e confuse idee di grandezza; dice di essere re d'Italia, ma il momento dopo lo nega. Fa notare grave decadimento nutritivo, notevole alterazione del linguaggio, riflessi rotulei esagerati. Decade rapidamente nel fisico e nella psiche; muore il 2 giugno 1895 per setticemia da piaghe di decubito.

30. Del G. D. di Busso (Campobasso), di 53 anni, guar-

daboschi, ammogliato. Abusi venerei, patemi d'animo. Da un mese ha allucinazioni , idee di grandezza , frequenti impulsi. È ammesso il 23 maggio 1895. È agitato , dice di possedere quattro cavalli , carrozze , palazzi , 1000 lire ; è incoerente, euforico , ha un senso esagerato della propria forza , presenta disartria spiccatissima, tremori nella lingua e negli arti, riflessi rotulei indeboliti, pupille miotiche, rigide alla luce. Cessato il periodo di agitazione, si indebolisce sempre più nelle facoltà mentali , rimanendo peró sempre alquanto eccitabile. Decade anche nel fisico, e muore il 22 ottobre 95 per accesso apoplettiforme.

31. M. P. di Volturino (Foggia), di 46 anni, carrettiere, celibe. Ha avuto sempre carattere eccentrico, ha abusato di vino. Da quattro o cinque mesi ha commesso varie stranezze, dice di essere milionario. È ammesso il 27 giugno 1895, con tipico delirio di grandezza. Ha costruito in Ispagna un ponte senza sostegni lungo 600 km.; Umberto lo ha chiamato per abdicare nelle sue mani , deve essere incoronato dal Papa , prestava milioni ai suoi compaesani , e così via dicendo. Ha leggiera disartria, lieve tremore della lingua e degli arti, riflessi rotulei deboli, pupille disuguali, rigide alla luce. Dopo poco spariscono le idee grandeggianti, diventa lurido , piagnucoloso , disordinato. È andato decadendo anche nella nutrizione. Muore l'8 dicembre 1895 per marasma.

* 32. De F. D. di Roccamandolfi ( Campobasso) , di 28 anni, contadino, ammogliato. Ha abusato di vino. Da alcuni mesi, dietro accessi convulsivi , è divenuto confuso , impulsivo. È ammesso il 2 luglio 1895. È gaio, espansivo, euforico; dice di dover sposare una bella giovane di 18 anni, vanta le sue imprese militari in Africa. Sorride in modo fatuo e fa vedere un notevole indebolimento mentale. Linguaggio notevolmente scandito, tremori diffusi, riflessi rotulei esageratissimi; pupille miotiche , rigide alla luce. In seguito diventa profondamente apatico , decade rapidamente nel fisico e nella psiche. Muore il 28 dicembre 1896 per marasma.

* 33. P. N. di Napoli, di 53 anni, ex impiegato, ammo-

gliato. Momenti etiologici ignoti. La malattia s'iniziò nel 1891, e fu allora nel Manicomio, uscendone migliorato nello stesso anno. È riammesso il 3 luglio 1895, notevolmente indebolito nelle facoltà mentali, irrequieto, molesto agli altri ricoverati; non ha vere idee di grandezza, ma vuol darsi l'aria di sovrastante sui suoi compagni. La nutrizione è decaduta; ha tremori nelle braccia e nelle gambe, riflessi rotulei alquanto esagerati, pupille miotiche e leggermente disuguali, pronunzia lievemente alterata. Decade sempre nel fisico e nella psiche; muore il 23 dicembre 95 per accesso apoplettiforme.

34. S. B. di Trani (Bari), di anni 52, marinaio, vedovo. Sifilide, dissesti finanziarii. È malato di mente da un anno circa. É ammesso il 9 luglio 1895; è eccitato, loquace, dice di guadagnar 10 milioni in ogni viaggio che fa colla sua barca; è esageratamente euforico, spesso incoerente, confuso, clamoroso di notte. Presenta inceppo nella pronunzia, disuguaglianza pupillare, tremori spiccati nella lingua e negli arti, riflessi patellari molto esagerati. Decade rapidamente nella psiche e sopratutto nella nutrizione generale; muore il 18 marzo 1896 per marasma e piaghe da decubito.

* 35. I. G. di Angri (Salerno), di anni 46, muratore, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da circa 5 o 6 mesi si è indebolito nelle facoltá mentali, ha scatti di violenza, non sempre é pulito. È ammesso il 17 luglio 1895, scialbo, incoerente, confuso, euforico, ma senza vere idee deliranti; notevolmente indebolito nelle facoltà mentali. Deambula battendo i calcagni sul suolo; ha tremori in massa e fibrillari nella lingua, tremori fibrillari nei muscoli mimici: le pupille asimmetriche reagiscono debolmente alla luce, i riflessi patellari sono esageratissimi, la pronunzia leggermente alterata. Decade rapidamente nella nutrizione generale, e muore il 18 marzo 1896 per piaghe da decubito e marasma.

* 36. P. V. di Noicattaro (Bari), di 44 anni, scrivano di Tribunale, ammogliato. Ha avuto sifilide; è andato soggetto a dissesti finanziarii. Da alcuni mesi è in preda ad allucinazioni visive, insonne, soffre di stitichezza. È ammesso

il 4 agosto 1895, e fa notare grave decadimento mentale, profonda incoerenza; è contento, fatuamente beato; vanta la posizione del padre, l'abilità del fratello nella caccia, e simili cose; è alquanto irrequieto. Grave disartria; profondo decadimento della nutrizione. In seguito peggiora sempre nel fisico e nella psiche. Ha eresipela ad una gamba; guaritone, rimane però con diarrea, piaghe da decubito e grave marasma pei quali muore il 5 settembre 1895.

* 37. P. V. di Trani (Bari), di anni 40, muratore, ammogliato. Subì grave emozione per essersi trovato presente ad un suicidio. Ebbe pochi mesi prima dell'ammissione un attacco di congestione cerebrale, dopo del quale ha fatto notare disturbi della loquela, irritabilità, idee tristi, tendenze suicide. È ammesso il 2 ottobre 1895, irrequieto, confuso; mette tutto sossopra, cerca di lacerare; è distratto, incoerente, debolissimo nelle facoltà mentali. Fa notare tremori diffusi negli arti e nei muscoli del volto, deambulazione spastica e a gambe divaricate; pupille asimmetriche, tarde al la luce; riflessi patellari aboliti, caratteristico inceppo della loquela, stipsi ostinata. Decade rapidamente nel fisico e nella psiche e muore il 28 dicembre 1895 per marasma.

* 38. P. D. di Trani (Bari), di anni 45, cocchiere, ammogliato. Probabile sifilide, patemi d'animo. Da alcuni mesi è divenuto malinconico, confuso; fa spese inconsulte, è voracissimo. È ammesso il 2 ottobre 1895. Nei primi giorni è agitato, poi si calma; si mostra fatuo, sorridente, pauroso, confuso; ha fisonomia apatica, contenta; mostra una certa vanitosità, dicendo di aver guidato carrozze di signori, bei cavalli, ecc.; è gravemento indebolito nelle facoltà mentali. Cammina in modo incerto ed allargando le piante; le pupille sono un pò ristrette, leggermente asimmetriche, i riflessi patellari esagerati, la loquela inceppata. In seguito decade sempre più nel fisico e nella psiche; negli ultimi mesi fa notare paralisi con contrattura dei due arti superiori. Muore il 27 giugno 97, per marasma, ed all' autopsia si riscontra un ematoma della dura madre che comprimeva l'emisfero sinistro del cervello.

* 39. C. V. di Gioia del Colle (Bari), di 39 anni, calzo-

laio, ammogliato. La madre è morta apoplettica; egli ha avuto un trauma sul parietale destro. Due mesi dopo quest'ultimo, cioè un anno prima dell'ammissione, si manifestò sordità bilaterale, balbuzie, indebolimento della memoria, fatuità. È ammesso il 5 ottobre 1895, profondamente decaduto nel fisico, in preda ad agitazione confusa e disordinata e a grave indebolimento mentale. Muore per collasso il 13 dello stesso mese.

40 D'E. R. di Lucera (Foggia), di 35 anni, cocchiere, ammogliato. Uno zio materno fu criminale sanguinario; egli ha sofferto sifilide e dissesti finanziarii. Da 4 o 5 mesi è divenuto eccitato, confuso, aggressivo, manifesta idee persecutorie. È ammesso l'8 ottobre 1895, depresso, confuso, con appercezione persecutoria. Di tanto in tanto ha fasi di violenta agitazione allucinatoria ansiosa, ed altre di irritabilità psico-motoria in cui strepita, si butta per terra. D'ordinario, però, sta calmo e piagnucoloso, mostrando una certa fatuità e debole reattività; è sitofobo ad intervalli. Fa notare debolezza generale, incertezza nel girare su se stesso; pupille asimmetriche, riflessi patellari normali, di tanto in tanto imbarazzo della loquela. Va sempre più decadendo, e muore il 5 dicembre 95 per marasma.

* 41. M. S. di Molfetta (Bari), di 47 anni, marinaio, vedovo. Ha abusato di liquori, soprattutto di anisi, di assenzio; ha subito varii patemi d'animo. Da più di un anno ha fatto notare difficoltà della loquela, smemoratezza, eccitabilità di carattere, a cui si sono aggiunti disordine ideativo e disuguaglianza pupillare. Talvolta ha degli accessi d'ira in cui vuole uccidere i figli. È ammesso il 17 ottobre 1895; è disorientato, confuso; dice di trovarsi a Brindisi, ricorda solo il suo nome ed i fatti più lontani della sua vita; dice di star benone, è tranquillo, apatico. Ha tremori per tutta la persona, cammina a stento e colle gambe divaricate; pupille asimmetriche, riflessi rotulei esagerati, grave inceppo della loquela, diarrea cronica. In seguito deperisce sempre più, e muore il 1 marzo 96 per piaghe da decubito e marasma.

42. F. A. M. di Acri (Cosenza), di anni 48, negoziante, celibe. Il padre era alcoolista, la madre è morta di emor-

ragia cerebrale; anche egli ha molto abusato di vino. Da un anno si lagna di debolezza, vede fiamme, soldati che lo perseguitano; ha idee persecutorie anche contro il fratello. È ammesso il 24 ottobre 1895 con idee grandeggianti: la Sila è sua, possiede 7 mari, dieci mogli, è re. Ha appercezione persecutoria, è confuso, scialbo, disorientato, in preda ad allucinazioni, con momenti di irritabilità. Deambula con le piante un pó divaricate; le pupille, leggermente asimmetriche, reagiscono tardi alla luce; i riflessi patellari sono quasi aboliti. In seguito le allucinazioni sono andate scomparendo; si sono resi invece più evidenti l'indebolimento mentale, la disuguaglianza pupillare, i tremori, l'inceppo della favella. Muore il 23 gennaio 96 per pulmonite ipostatica.

43. C. G. di Conversano (Bari), di 52 anni, orefice, ammogliato. Ha menato vita miserabile. Nel settembre 95 cominciò a manifestare idee di grandezza, a credersi ricco, potente, riformatore degli attuali governi, ecc. È ammesso il 28 ottobre 95. Dice di esser colonnello, re, imperatore; il suo nome è celebre nelle storie e nelle scienze; distribuisce titoli e posti. È piuttosto tranquillo. Fa notare deambulazione incerta, tremore nelle mani, asimmetria pupillare, riflessi rotulei esagerati, notevole inceppo della loquela. Coll'occhio destro non vede affatto. In seguito si accentua sempre più l' indebolimento mentate e il deperimento fisico e muore il 27 dicembre 1895 per pulmonite ipostatica.

* 44. B. M. di Campobasso, di 36 anni, barbiere, ammogliato. Ha abusato di vino. Da 6 mesi circa è insonne, delirante, talvolta aggressivo. È ammesso il 18 novembre 1895. È tranquillo, coerente, ricorda e racconta tutto; ha un fare fra sorridente ed apatico; dice che, da militare, fu condannato per furto, e lo dice freddamente e senza alcuna rezione emotiva. Ha allucinazioni, talvolta anche psicomotrici. Fa notare tremori finissimi nelle dita, pupille dilatate, leggermente asimmetriche, rigide alla luce; riflessi patellari vivaci, lievo inceppo della loquela. Deambula battendo i calcagni, barcolla nel girar su se stesso e nello stare con piante strette ad occhi bendati. Il 21 gennaio 96 ebbe una ipotimia, nel febbraio un accesso apoplettiforme, dopo dei

quali rimase confuso, maggiormente indebolito nella mente e anche nel fisico. Muore il 12 luglio 96 per catarro intestinale cronico riacutizzato.

45. Q. D. di Pastena (Salerno), di 27 anni, contadino, celibe. Ha avuto carattere eccentrico, ha abusato di onanismo. Da qualche anno, cioè da quando è tornato dalla milizia, manifesta idee erotiche e grandeggianti, è irrequieto. È ammesso il 22 dicembre 1895; confuso, incoerente, ha vaghe idee di grandezza su fondo erotico; dice di dover sposare la figlia del re; però anche nell'esprimere tali idee ha un fare scialbo, non orgoglioso; nel vedere il medico si pianta ritto, militarmente. Fa notare leggiero tremore nella lingua, pupille un po' dilatate, riflessi patellari vivaci, lieve inceppo della loquela. In seguito si accentua sempre l'indebolimento mentale; appare una notevole disuguaglianza pupillare, la nutrizione si conserva discretamente.

46. M. C. di Paola (Cosenza), di 49 anni, panettiera, vedova. Il padre era beone, uno zio materno sordomuto: essa ha avuto carattere isterico. Da un mese ha fatto notare loquacità, vaghe idee erotico-grandeggianti, tendenze girovaghe e talvolta aggressive. È ammessa il 25 marzo 1895. Dice di aver dei milioni, di aver procreato 100 figli che son sposi a regine e principesse, di essere bellissima, di avere 20 anni, ecc. Ha periodi di agitazione ed altri di calma; è contenta di stare in Manicomio, è lurida. Fa notare inceppo della loquela, deambulazione incerta e claudicante, riflessi patellari aboliti in ambo i lati. In seguito decade sempre nel fisico e nella psiche, rimanendo però sempre eccitabile, clamorosa. Muore il 31 dicembre 96 per carcinoma dell'utero.

47. M. L. di Ariano (Avellino), di 47 anni, levatrice, maritata. Eredità, alcoolismo, costituzione nevropatica, patemi d'animo. Da quattro mesi è caduta in uno stato malinconico, con periodi di ansia. È ammessa l'11 ottobre 1895, ansiosa, in preda a delirii persecutorii, e a grave agitazione motoria; è per molto tempo sitofoba, perchè teme di essere avvelenata. Fa notare leggiera disartria ed una certa rigidità muscolare, con grave decadimento nutritivo, che si

accentua sempre più, sicchè l'inferma muore per marasma il 27 novembre 95

48. C. R. di Romagnano al Monte (Salerno), di 36 anni, bracciante, ammogliato. Sifilide, *surmenage*. Dal 1889 soffre dolori folgoranti ed a cintura, andatura atassica, dispepsia, leggiero catarro vescicale. Da qualche mese prima dell'ammissione a questi fenomeni si sono aggiunte idee di grandezza, debolezza mentale, agitazione. È ammesso il 26 gennaio 96, agitato, confuso, disorientato: ha vaghe idee di grandezza, ma predomina un umore depressivo; si lagna di debolezza, chiede medicine per rinforzare i nervi; è apprensivo, emotivo, facile a piangere. Fa notare deambulazione atassica, tremori nelle dita, barcollamento a piante accostate e ad occhi chiusi; pupille asimmetriche, tarde alla luce, riflessi patellari quasi del tutto aboliti, parola inceppata, nutrizione decaduta. In seguito vanno sempre peggiorando, specialmente i sintomi fisici, si fanno più evidenti il disturbo della parola e la debolezza degli arti, nei quali ha parestesie varie. È sempre emotivo, le idee di grandezza si vanno sempre più impallidendo.

* 49. P. T. di Montesantangelo (Foggia), di 48 anni, sarto, celibe. La madre era istero-epilettica; egli ha avuto carattere eccentrico, ha sofferto sifilide, ileotifo, patemi di animo. Da alcuni mesi è divenuto triste, con momenti di confusa eccitabilità. È ammesso il 28 febbraio 1896. È piuttosto calmo, risponde giusto ad alcune domande, e la memoria è conservata per alcune cose, ma è scialbo, scolorito nelle reazioni, ha aria balorda, nessun delirio. Fa notare tremore nelle dita e nel labbro superiore, pupille asimmetriche, riflessi patellari vivaci, loquela non spedita; non regge bene sulla gamba sinistra. Va sempre più decadendo nel fisico e nella psiche.

* 50. V. A. di Bitonto (Bari), di 57 anni, muratore, celibe. Un fratello è imbecille; egli ha sofferto sifilide, e caduta da un secondo piano, riportando ferita lacero-contusa del cuoio capelluto. Da alcuni mesi si crede perseguitato, ha allucinazioni terrifiche. È ammesso il 28 febbraio 1896. Strepita, piange, è confuso, si lagna di dolori alle gambe,

dove ha lussazione del capo del femore, in seguito a caduta; è gravemente indebolito nelle facoltà mentali. Non può reggere in piedi, ha tremori in tutta la persona, pupille asimmetriche, tarde alla luce, riflessi rotulei vivacissimi, inceppo della loquela. Ha frequenti accessi apoplettiformi e di epilessia jaksoniana, che aggravano il suo stato fisico e psichico. Muore il 6 maggio 1896 per marasma.

* 51. F. G. di Avellino, di 51 anno, carrettiere, ammogliato. Ha abusato di vino, ha sofferto reumatismo poliarticolare, é stato sempre di poca intelligenza. Da tre mesi si è fatto smemorato, confuso, con periodi di violenta agitazione. É ammesso il 2 marzo 1896. Guarda intontito, risponde qualche mezza parola, ma non riesce a pronunziar bene nulla, nè a dare alcuna risposta adeguata; se lo si esamina, s'irrita, strepita, borbotta. Fa notare tremori diffusi, riflessi patellari soppressi, parola quasi del tutto incomprensibile. È in istato di grave marasma: non regge in piedi; ha escoriazioni alle natiche. Tali condizioni si aggravano sempre, e l'infermo muore per marasma e piaghe di decubito il 16 maggio 1896.

52. S. G. di Praiano (Salerno), di 29 anni, negoziante ambulante, ammogliato. Madre folle, dissesti finanziarii. Da un paio di mesi è divenuto disattento ai suoi affari, aggressivo; distrusse con una scure il tetto di casa sua. È ammesso il 15 marzo 1896, in preda ad agitazione, disordine di atti, verbigerazione, tendenze distruttrive; ha un fondo di festositá e di idee infantili; é espansivo, bonario, ora lucido, ora confuso, con impulsi emotivi contradittorii e diversi. Fa notare deambulazione oscillante e incerta; non regge su d'un piede o ad occhi bendati. Le pupille sono leggermente asimmetriche e tarde alla luce, i riflessi patellari vivacissimi, la loquela inceppata. In seguito va decadendo sempre più nel fisico, rimanendo però agitato. Muore per marasma il 13 dicembre 1896.

* 53. G. G. di Borgomaro (Porto Maurizio), di 54 anni, marinaio, ammogliato. Sifilide, alcoolismo, patemi d'animo. Dal maggio scorso si è fatto malinconico, permaloso, smemorato, irascibile e manifesta qualche idea persecutoria. È

ammesso il 22 marzo 1895 in preda a grave decadimento mentale, senso vago di euforia e di tanto in tanto confusa irrequietezza. È notevolmente deperito nella nutrizione, mal regge in piedi; fa notare un certo inceppo della loquela; va soggetto ad accessi di epilessia jaksoniana. Le sue condizioni si aggravano sempre più; muore per accesso apoplettiforme il 29 marzo 1896.

54. D'A. A. di Trinitapoli (Foggia), di 48 anni, calzolaio, celibe. Momenti etiologici ignoti. Da un paio d'anni va gironzando per le strade e compiendo atti di esibizionismo. È ammesso l'8 maggio 1896. È confuso, distratto, lamentoso; piange, si convelle, è irrequieto. È molto decaduto nella nutrizione, ha piaghe da decubito. Peggiora rapidamente e muore per marasma il 7 novembre 1896.

55. R. A. di Pagani (Salerno), di anni 41, sensale, ammogliato. Sifilide, abusi di alcoolici. Da una diecina di giorni è divenuto eccitabile, loquace, con impulsi offensivi. È ammesso il 13 maggio 1896, agitato, confuso, disorientato, ha slegate e scialbe idee di grandezza, non ha coscienza alcuna del luogo dove si trova. Fa notare leggiero inceppo della loquela, deambulazione difficile, tremori nelle dita, pupille asimmetriche, riflesso patellare vivace a sinistra. Al ginocchio destro soffrì una sinovite che poi migioró. In seguito si verificò un periodo di remissione della paralisi, nel senso che, persistendo l'indebolimento mentale, l'infermo divenne però tranquillo, più coerente ed ordinato, e migliorò nella nutrizione. Uscì perciò dal Manicomio in esperimento il 18 aprile 97.

56. C. G. di Fiumefreddo Bruzio (Cosenza), di 45 anni, venditore ambulante di vino, ammogliato. Ha abusato di alcoolici. Da un paio di mesi è divenuto loquace, eccitabile, svogliato al lavoro, si è dato a strani progetti. Una sera cadde nel fuoco, riportando vaste scottature alle natiche e al dorso. É ammesso il 27 maggio 1896. Ha smisurate idee di grandezza; parla di portare la moglie ed i figli in questo magnifico palazzo con un treno speciale che egli stesso costruirá, e simili cose; è euforico, contento, piuttosto tranquillo. L'andatura é un pochino spastica; nel girare su

se stesso barcolla un poco. Le pupille leggermente asimmetriche reagiscono poco alla luce, specie la destra ; i riflessi patellari sono vivaci; v'ha leggiera disartria. In seguito alle scottature, ha eresipela diffusa con formazione di varii flemmoni , pei quali peggiora sempre lo stato generale della sua nutrizione. Muore per marasma il 3 dicembre 1896.

* 57. B. V. di Longobardi (Cosenza), di 42 anni, bracciante, ammogliato. Sifilide, abusi alcoolici e venerei, forte raffreddamento. Da cinque mesi ha avuto frequenti accessi convulsivi, seguiti da emiplegia destra ed afasia. In seguito è divenuto emotivo ed irritabile, ha manifestato qualche idea di grandezza. È ammesso il 2 giugno 1896 in condizioni di profonda demenza; è disorientato, confuso, inerte ; percepisce a fatica, risponde esprimendo idee infantili. Deambulazione spastica ; regge male in piedi : ha tremori diffusi in tutta la persona; pupille asimmetriche, riflessi rotulei aboliti; grave inceppo della loquela. In seguito peggiora sempre nel fisico e nella psiche; muore il 1 settembre 96 per piaghe da decubito e setticemia.

* 58. M. L. di Corigliano Calabro (Cosenza) , di 61 anno, felpaiolo, ammogliato. Abusi di vino , patemi d'animo. Da qualche mese si è fatto confuso, esercita l'onanismo in pubblico, tenta atti osceni su donne e piccoli furti. È ammesso il 7 luglio 1896. Ha aria balorda, non capisce dove si trova, dice che l'han qui condotto per nulla, che si sente bene. Il tono emotivo è scialbo, si adatta facilmente all'ambiente ; è lurido. Fa notare parola scandita , tremori nella lingua e negli arti, pupille tarde alla luce, riflessi patellari vivaci. Da quando é in Manicomio le condizioni psichiche sono stazionarie, la nutrizione si conserva discretamente Il decorso della paralisi è molto lento.

59. A. F. di Casamassima (Bari), di 49 anni, capo-muratore, ammogliato. Precedenti psicopatici in famiglia: sifilide; carattere eccentrico; patemi d'animo per angustie economiche. Da qualche anno fa notare un progressivo decadimento intellettuale. È ammesso l'8 luglio 1896 in istato di confusa agitazione motoria. Non capisce dove si trova, spesso si fa triste, piange ; talvolta teme che lo si avveleni , altre

volte dice di possedere dei milioni. Fa notare inceppo della loquela, andatura atassica, tremori diffusi, pupille asimmetriche, tarde alla luce, riflessi patellari vivaci, nutrizione decaduta. Decade sempre più nel fisico e nella psiche, e muore il 6 ottobre 96 per accesso apoplettiforme.

60. A. V. di Palo del Colle (Bari), di 44 anni, contadino, ammogliato. Sifilide, abusi di liquori, morte dell'unico figlio. Da due o tre mesi ha manifestato idee di grandezza, tendenze girovaghe ed aggressive. E' ammesso l'11 luglio 1896. Dice di esser proprietario, di voler comperare case e poderi, si dà coi malati aria da saccente e di importanza: il tono emotivo è scialbo, l'intelligenza indebolita. Cammina battendo i tacchi ed allargando la base; oscilla nel voltarsi. Notansi: tremori diffusi, pupille asimmetriche, tarde a reagire alla luce; riflesso patellare vivace a sinistra, debole a destra; parola inceppata. In seguito ha avuto un certo miglioramento, specie nella nutrizione, ed è uscito dal Manicomio in esperimento il 10 novembre 1896.

61. Di S. R. di Bagnoli Irpino (Avellino), di anni 57, ammogliato, fabbro ferraio. Ha avuto tre zii sordomuti, ha abusato di vino, è andato soggetto a patemi d'animo. Dalla metà di giugno ha cominciato a manifestare idee di grandezza e religiose, e a lamentarsi di insistente cefalea. E' ammesso il 7 agosto 96. Si lagna di cefalea e di dolori alle costole, reclama per maltrattamenti da parte del personale, ma anche in questi reclami è scialbo, scolorito. Talvolta dice di esser principe, chiama il medico ministro, spesso recita orazioni. Fa notare inceppo della loquela, andatura un po' atassica, tremori fibrillari nei muscoli mimici e delle mani, pupille miotiche, insensibili alla luce, riflessi patellari deboli, nutrizione decaduta. Conservandosi sempre nello stesso stato, ma tranquillo, innocuo, esce in esperimento dal Manicomio il 3 luglio 1897.

* 62. D'A. G. di Angri (Salerno), di 40 anni, fuochista, ammogliato. Sifilide; perdita della vista per cause a noi ignote. Da due anni è divenuto clamoroso, insonne, debole di mente, con tendenze girovaghe. E' ammesso il 1 settembre, 96 confuso, in preda a notevole disordine di atti,

Interrogato, risponde a stento qualche cosa di cui non si riesce a capire il senso. Lo stato fisico è grave, il deperimento nutritivo profondo; ha piaghe di decubito, diarrea, febbre. Va soggetto a ripetuti accessi apoplettiformi, con uno dei quali muore l'11 ottobre 1896.

63. R. L. di Scafati (Salerno), di anni 45, panettiere, ammogliato. Momenti etiologici ignoti. Da 5 mesi è divenuto smemorato, eccitabile, con idee di grandezza: in seguito ha avuto periodi di agitazione con impulsi aggressivi. E' ammesso il 5 settembre 1896 con sconfinato e scialbo delirio grandeggiante ed esagerato senso di euforia; è confuso, clamoroso, di tanto in in tanto agitato. Fa notare tremori diffusi, caratteristica disartria, riflessi patellari esagerati. Ha vizio aortico. In seguito migliora alquanto nel fisico, le fasi di agitazione vanno scomparendo; sicchè esce dal Manicomio in esperimento il 2 febbraio 1897.

* 64. S. C. di Nocera Inferiore (Salerno) di 51 anno, negoziante, ammogliato. Abusi di vino, trauma al capo. Da un anno circa è divenuto loquace, incoerente, irrequieto. È ammesso il 18 settembre 1896, irrequieto, confuso, profondamente indebolito nelle facoltà mentali. Lo stato fisico è grave; ha dispesia, volto congesto. Muore il 13 ottobre 96 per accesso apoplettiforme.

65. P. L. di Sarno (Salerno), di 61 anno, ammogliato, negoziante. Uno zio fu apoplettico, i genitori erano consanguinei. Da alcuni anni ha preso in sospetto la moglie, da cui è separato; ha idee vanitose e di grandezza. È ammesso il 24 ottobre 1896. E' irrequieto, irritabile, attaccabrighe; dice di essere maggiore, ricco, di sentirsi forte. Fa notare deambulazione spastica, tremori in tutta la persona, pupille asimmetriche, rigide alla luce, riflessi patellari vivaci, notevole inceppo della loquela, nutrizione molto decaduta. Peggiora rapidamente e muore per marasma il 6 dicembre 1896.

* 66. C. F. di Altomonte (Cosenza), di anni 48, piccolo proprietario di campagna, ammogliato. Eredità psicopatica, sifilide. Da circa un mese ha idee di grandezza ed è divenuto eccitabile, aggressivo, impulsivo. E' ammesso l'11 dicembre 96, decaduto nelle facoltà mentali, disordinato nei movimenti;

quando vede il medico gli si avvicina, abbandonandosi a confusa verbigerazione. Fa notare deambulazione atassica e a gambe divaricate, tremori nelle dita e nella lingua, riflessi patellari spenti, pupille tarde alla luce, inceppo notevole della parola, nutrizione decaduta. In seguito, accentuandosi sempre più lo stato di demenza apatica, migliora alquanto nel fisico, sicchè esce in esperimento dal Manicomio il 10 marzo 1897.

67. M. G. di Mirabella Sannitico (Campobsso), di 41 anno, contadino, ammogliato. Ha abusato di liquori, specialmente di vino; ha emigrato. Da alcuni mesi, stando in America, manifestava idee persecutorie, dicendo che lo avvelenavano; ha tentato il suicidio. E' ammesso il 23 dicembre 1896 in preda a movimenti disordinati ed a chiacchierio slegato e confuso, a base euforica. Si oppone a lasciarsi svestire, pulire, ecc.; e non si riesce con ripetute domande a fissare la sua attenzione. Fa notare nutrizione profondamente decaduta; tremori, spasmi, paraparesi degli arti inferiori; riflessi patellari spenti; scosse idio-muscolari diverse; pupille asimmetriche, tarde alla luce; pronunzia molto inceppata. Peggiora rapidamente nel fisico e nella psiche, e muore l'8 luglio 1897 per accesso apoplettiforme.

* 68. P. V. di Nocera Superiore (Salerno), di anni 30, donna di casa, maritata. Ha avuto un parto laborioso con feto morto. Da un anno è malata di mente; un quindici giorni prima dell'ammissione si è fatta irrequieta, indocile. E' ammessa il 23 marzo 1896. E' tranquilla, ma loquace, vanitosa, euforica; vanta la sua laboriosità e bellezza, cerca di acconciarsi; non capisce bene dove si trova, ma è contenta di star qui, e poco chiede conto dei suoi. Tono emotivo scialbo. Fa notare tremori nella lingua e negli arti, riflessi rotulei alquanto esagerati, lieve disartria. Da quando è venuta, queste condizioni sono quasi stazionarie.

* 69. M. M. C. di Castellabate (Salerno), di 56 anni, tessitrice, maritata. Eredità psicopatica, carattere isterico, patemi d'animo, Da cinque mesi si lagna di forti dolori alla regione lombare, è depressa, preoccupata; manifesta anche idee persecutorie, ha impulsi offensivi. E' ammessa il

26 aprile 1896. E' confusa, taciturna, emette di tanto in tanto dei lamenti. La nutrizione è gravemente decaduta, la parola quasi incomprensibile, gli arti inferiori paretici. Peggiora progressivamente e muore per marasma il 20 gennaio 1897.

70 G. C. di Campobasso, di 48 anni, donna di casa, maritata. In seguito a patemi d'animo è divenuta da un paio di mesi, eccitabile, con fasi di agitazione ed impulsività. É ammessa il 12 settembre 96 in preda a grave agitazione motoria, confusa, disordinata. Si regge appena in piedi, ha tremori diffusi, piaghe da decubito, disturbo notevole della parola. Muore il 20 settembre 96 per pulmonite ipostatica.

71. C. M. di Ripalimosani (Campobasso), di 49 anni, domestica, vedova. In seguito a patemi d'animo, è entrata dal mese di luglio in uno stato di eccitamento con impulsi offensivi. É ammessa il 1 ottobre 96, agitata, incoerente, confusa, loquace. Ha diarrea, deambulazione leggermente atasso-spastica. Peggiora rapidamente e muore per marasma il 26 ottobre 1896.

72. F. B. di Nocera Inferiore (Salerno), di anni 42, donna di casa, maritata. Momenti etiologici ignoti. Dall'agosto ultimo è divenuta depressa, taciturna, inerte; spesso si abbandona al pianto, qualche volta ha impulsi offensivi. E' ammessa il 4 novembre 96. Dice di essere la regina, di aver molti danari, molti figli, di sentirsi forte; ha aspetto fatuo, tono emotivo scialbo; si adatta facilmente alla reclusione manicomiale. Fa notare tremore nella lingua e negli arti, riflessi patellari esageratissimi, pupille asimmetriche e tarde alla luce, inceppo della parola. In seguito si è fatta più calma, le idee di grandezza si vanno impallidendo; predomina l'apatia ed il senso d'euforia.

73. N. C. di Campagna (Salerno), di 49 anni, soprastante a lavori manuali, ammogliato. Sifilide, *surmenage*. Da 7 od 8 mesi è divenuto depresso, si lamenta che i suoi affari vanno male; tre mesi prima dell'ammissione ha avuto un accesso apoplettiforme. Entra in manicomio il 26 gennaio 97. Ha dei giorni di calma e sopore, altri di confusa agitazio-

ne; si torce nel letto, si divincola, emette grida inarticolate. E' confusissimo, profondamente decaduto nell' intelligenza. Non regge in piedi, è molto deperito nella nutrizione, ha decubiti. Tremori diffusi, pupille asimmetriche, rigide alla luce; parola quasi incomprensibile; stipsi. Si aggrava sempre più nello stato fisico e psichico; muore per marasma il 6 maggio 1897.

74. M. S. di Monopoli (Bari), di anni 35, marinaio, ammogliato. Probabile sifilide. Da 7 od 8 mesi ha mostrato indebolimento dell' intelligenza e svogliatezza al lavoro; poi si è accentuato il decadimento nutritivo ed uno stato di fatuità. E' ammesso il 2 febbraio 1897. E' irrequieto, si scovre, talvolta grida, mette tutto sossopra; interrogato, risponde sempre: *bene*, *bene*. E' gravemente decaduto nella nutrizione; non regge in piedi, barcolla, ha tremori diffusi, pupille asimmetriche, tarde alla luce; riflessi patellari vivaci, parola inceppata. Peggiora sempre e muore per marasma il 12 ottobre 1897.

* 75. R. G. di Bisignano (Cosenza), di anni 45, contadino, celibe. S'ignorano le cause ed i primi sintomi della malattia. E' ammesso il 9 marzo 1897 in preda a grave decadimento dell' intelligenza e ad atti disordinati e confusi. Interrogato, non percepisce giusto, dice parole slegate e diverse. È molto decaduto nella nutrizione, non regge in piedi, ha tremori diffusi, pupille asimmetriche, rigide; riflessi patellari vivissimi; parola quasi incomprensibile; deglutisce male. Peggiora sempre e muore per marasma il 23 aprile 1897.

76. L. B. di Positano (Salerno), di anni 54, marinaio, celibe. Eredità nevropatica, vita girovaga, emigrazione. Da pochi mesi è eccitato, loquacissimo, con idee di grandezza. È ammesso il 3 aprile 97, ciarliero, espansivo, volubile, euforico; è comandante in capo d'una flotta, lotta contro una setta, dispone di miliardi, ecc.; spesso è irritabile. Cammina battendo un poco i tacchi, ha leggieri tremori nelle dita; pupille asimmetriche, tarde alla luce, riflessi patellari affievoliti, inceppo della loquela. Essendo questi fenomeni

quasi stazionarii, l'infermo esce dal Manicomio in esperimento il 7 novembre 97.

77. B. S. di Costecciaro (Perugia), di anni 45, assistente ferroviario, ammogliato. Ha avuto un fratello suicida; ha subito fatiche eccessive ed angustie enonomiche. Da qualche mese ha formicolio agli arti inferiori e al dorso, e piccoli crampi; in seguito a sogni ha concepito idee gioconde fino al vero delirio di grandezza; ha mostrato tendenze erotiche verso la figliastra. E' ammesso il 9 aprile 97. È euforico, ciarliero, espansivo; è imperatore, promette piaceri, spera in grandi cose; qualche volta grida, mette tutto sossopra, è irritabile. Fa notare inceppo della loquela, deperimento nutritivo, stipsi, decubiti incipienti, tremori diffusi in tutta la persona, riflessi patellari aboliti, pupille asimmetriche. Peggiora rapidamente e muore il 29 giugno 97 per catarro intestinale cronico e marasma.

78. De S. F. di Angri (Salerno), di 36 anni, falegname, celibe. Momenti etiologici ed inizio della malattia ignoti. È ammesso il 30 aprile 97. Nei primi giorni è agitato, poi si fa più quieto ed ordinato; ha però una certa festivitá, esprime idee infantili; talvolta è quasi stuporoso, non capisce quel che gli si dice. Fa notare inceppo della loquela, deambulazione un po' incerta, tremori nei muscoli mimici, pupille asimmetriche, riflessi patellari esagerati. Va soggetto ad accessi epilettiformi, i quali ne peggiorano sempre le condizioni fisiche e psichiche.

* 79. Di N. G. di Laurino (Salerno), dì 30 anni, agricoltore, celibe. Abusi di vino, traumà al capo. Da dieci mesi è divenuto eccitabile, smemorato, fa strani progetti; mostra tendenze girovaghe e distruttrici. E' ammesso il 18 maggio 1897, confuso, disordinato, incoerente, apatico; non ha delirii, ma è molto indebolito nelle facoltá mentali. Fa notare grave inceppo della loquela, decadimento nutritivo generale, tremori in tutta la persona, deambulazione incerta, pupille asimmetriche, tarde alla luce, riflessi patellari vivissimi. Peggiora sempre dall'epoca dell'ammissione.

80. S. P. A. di Minervino Murge (Bari), di 40 anni, ma-

niscalco, ammogliato. Sifilide. Da un anno ha idee grandeggianti ed erotiche. E' ammesso il 28 maggio 1897. E' agitato, ha idee di grandezza, regala a tutti titoli e dominii; è espansivo, euforico, ma non si rende conto del luogo dove si trova; la notte non dorme affatto. Fa notare: decadimento nutritivo, parola scandita, andatura spastica, tremori diffusi, asimmetria pupillare, riflessi patellari vivaci. In seguito va sempre più decadendo, specie nel fisico; è però sempre agitato.

* 81. V. G. di S. Cipriano Picentino (Salerno), di 40 anni, manuale, celibe. Nella adolescenza riportò ferita alla fronte per caduta ; è andato soggetto a dissesti finanziarii. Da alcuni mesi è triste , taciturno ; di tanto in tanto dá in iscandescenze. É ammesso il 28 maggio 1897 . Esprime idee infantili, si lagna di maltrattamenti. Pare abbia allucinazioni persecutorie, a cui reagisce debolmente. Nel discorsi e nel contegno v'è un'impronta scialba, un tono emotivo affievolito. Fa notare: deambulazione incerta, atassica, tremore nei muscoli del volto e delle mani ; pupille dilatate, rigide alla luce, riflessi patellari aboliti; parola inceppata. Si conserva calmo, ma decade sempre più nelle facoltà mentali.

82. C. P. di Tortora (Cosenza) , di 44 anni, contadino , ammogliato. Sifilide, cecità, influenza. Da qualche anno ha cominciato ad esprimere idee gelose e poi erotico-grandeggianti. É ammesso il 7 giugno 1897, in preda a continua e slegata verbigerazione , ad atti affollati , confusi , disordinatissimi ; non risponde ad alcuna delle domande che gli si rivolgono. Fa notare: andatura atasso-spastica, tremori in tutta la persona , riflessi patellari scomparsi , inceppo della loquela. Decade rapidamente, specie nel fisico e muore il 30 giugno 1897 per paralisi cardiaca.

* 83. F. G. di Cosenza, di 65 anni, cocchiere, vedovo. Ha avuto sifilide, ed un trauma sul capo varii anni fa. Circa cinque mesi prima dell' ammissione è andato soggetto a convulsioni, cui son seguiti stati di eccitamento con delirii persecutorii. E' ammesso il 13 giugno 1897. Ha un certo ricordo dei fatti passati, ma nulla comprende dell'ambiente

in cui trovasi; è confuso, euforico, va spesso soggetto ad errori di giudizio. Fa notare leggiero inceppo della parola, tremori diffusi e diversi, decadimento nutritivo, leggiera asimmetria pupillare, riflessi patellari indeboliti. Dall'ammissione le condizioni dell'infermo si mantengono quasi stazionarie.

* 84 S. V. di Bari, di 38 anni, donna di casa, maritata. Sifilide, cugino folle. Da due anni ha mostrato condotta strana, idee incoerenti, persecutorie ed ascetiche, con periodi di grave agitazione. E' ammessa il 23 maggio 1897, molto indebolita nelle facoltà mentali; ha fisonomia fatua, senza espressione, contegno apatico. Fa notare disuguaglianza pupillare, reazione alla luce torpida, tremore nei muscoli mimici e negli arti, riflessi patellari esageratissimi, parola scandita. In seguito progredisce sempre più il decadimento fisico e mentale; sta sempre a letto, ha catarro intestinale cronico.

∴

Sebbene non sia questo l'argomento principale del presente lavoro, nondimeno non sarà inutile vedere se, in questi ultimi tre anni e mezzo, ci è stato quell'aumento progressivo della paralisi costatato dal Roscioli (1) e poi da me stesso dall'impianto del Manicomio di Nocera a tutto il 1893. Dal qui annesso quadro, però, si vede che i risultati statistici suonano in senso negativo sotto questo punto di vista. Mentre, infatti, nel 91, 92 e 93 si erano avute cifre, rispettivamente, di 8,49 paralitici, di 10,57, di 12,87 su 100 ammessi, nel 94, invece, questi rappresentano soltanto il 9,67 0[0, nel 95 l'8,06, nel 96 l'8,72, nel primo semestre del 97 l'8,87 0[0. Risulta, dunque, che, dopo un maximum rag-

(1) *Roscioli* — La paralisi progressiva nell'Italia meridionale (Il Manicomio moderno, Anno VII).

| | AVELLINO | | | BARI | | | CAMPOBASSO | | | COSENZA | | | FOGGIA | | | SALERNO | | | TOTALE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale | Folli ammessi | Paralitici | Percentuale |
| 1894 | 53 | 4 | 7,5 0\|0 | 28 | 4 | 14,2 0\|0 | 41 | 6 | 14,6 0\|0 | 23 | 1 | 4,3 0\|0 | 31 | 1 | 3,2 0\|0 | 72 | 8 | 11,1 0\|0 | 248 | 24 | 9,67 0\|0 |
| 1895 | 51 | 2 | 3,9 0\|0 | 35 | 8 | 22,8 0\|0 | 40 | 3 | 7,5 0\|0 | 26 | 2 | 7,6 0\|0 | 29 | 2 | 6,8 0\|0 | 67 | 3 | 4,4 0\|0 | 248 | 20 | 8,06 0\|0 |
| 1896 | 55 | 2 | 3,6 0\|0 | 51 | 3 | 5,8 0\|0 | 36 | 3 | 8,3 0\|0 | 24 | 2 | 8,3 0\|0 | 27 | 4 | 14,9 0\|0 | 82 | 10 | 12,1 0\|0 | 275 | 24 | 8,72 0\|0 |
| 1897 (1° s.) | 24 | 0 | 0 | 23 | 3 | 8,6 0\|0 | 15 | 0 | 0 | 12 | 3 | 25 0\|0 | 16 | 0 | 0 | 34 | 5 | 17,7 0\|0 | 124 | 11 | 8,87 0\|0 |

giunto nel 93, si inizia, dal 94, un movimento di discesa che continua negli anni consecutivi.

Non ho presenti dati statistici positivi circa il progredire e l'estendersi della sifilide nelle suddette provincie. È un fatto indubitato, però, che la sifilide è, in generale, in Italia, in via di incremento. Se, quindi, si volesse considerar quest'ultima come il principale momento etiologico della paralisi, si potrebbe pensare che essa, nei primi anni in cui si è diffusa di più in provincie a preferenza rurali, come le nostre, ha dato luogo ad un numero maggiore di localizzazioni maligne e gravi, quali son certamente quelle negli organi nervosi centrali, mentrechè tal numero diminuisce alquanto man mano che, col decorrere degli anni, si verifica quella specie di acclimatamento, non so se del virus o degli organismi, o forse di entrambi, che è causa del fenomeno costante che una malattia infettiva, appena appare in un paese, ha diffusione enorme e riveste forme gravi, mentre in seguito così la diffusione come la gravità dei casi diminuiscono. Vi sono, però, due obbiezioni a fare. La prima è un dato di fatto, cioè che, mentre il Roscioli dall'84 al '90 trovò la percentuale di 16,34 sifilitici su 100 paralitici, ed io dal 91 al 93 riscontrai quella del 23,47 0[0, invece fra gli 84 paralitici studiati nel 94, 95, 96 e primo semestre del 97, 29 erano sifilitici, il che dà la percentuale di 33,22, la quale sale a 43,28 se dai suddetti 84 si sottraggono 17 in cui i dati etiologici sono completamente ignoti. Vale a dire che, mentre, secondo il precedente ragionamento, il numero dei paralitici sifilitici avrebbe dovuto in questi ultimi anni diminuire, di fatto, invece esso è aumentato. L'altra, d'indole teorica, è che l'intossicazione col virus sifilitico non è che uno degli agenti che dan luogo a quella degenerazione degli elementi nervosi, unita ad infiammazione delle pareti dei piccoli vasi di tutto il si-

stema nervoso, non solo, ma anche di varii organi parenchimali, in cui consiste il processo anatomico che sta a base della paralisi progressiva. Volendo, quindi, spiegare le oscillazioni in più o in meno di questo morbo nei singoli anni, non si deve tener conto soltanto delle oscillazioni della sifilide, ma si dovrebbero tener presenti ancora le statistiche delle intossicazioni per alcool, per piombo, per tabacco, per virus pellagrogeno (1), ecc., e sopratutto poi di quelle autointossicazioni per abnormi od aumentati prodotti di disassimilazione del sistema nervoso, che si producono quando questo è sottoposto ad un eccessivo lavoro intellettuale o morale o morale ed intellettuale insieme.

Forse il fatto potrebbe spiegarsi ove si considerassero tutte queste auto ed etero-intossicazioni come le cause semplicemente predisponenti della paralisi, la cui vera causa determinante potrebbe essere uno speciale parassita. Si sa, infatti, che oggi alcuni tendono ad ammettere ciò, e vi sono state molteplici ricerche sui microbi dell' urina e del sangue dei paralitici, fra cui cito quelle del Grimaldi (2), come vi sono state ancora da parte del Piccinino (3) esami batterioscopici con reperto positivo sulla corteccia cerebrale di questi infermi. Allora si potrebbe applicare a questo virus specifico il ragionamento fatto di sopra a proposito del virus sifilitico, ammettere, cioè, che al periodo di maggiore virulenza di esso segua un altro di attenuazione e di virulenza minore.

---

(1) *Pianetta* — La demenza paralitica nei pellagrosi. (Rivista di Patologia nervosa e mentale. Vol. II. Fasc. 12).

(2) *Grimaldi* — Sui reperti batteriologici dell'urina e del sangue nella paralisi generale (Manicomio moderno, 1896).

(3) *Piccinino* — Una ricerca batterioscopica sulla corteccia cerebrale di individui morti con paralisi generale progressiva [illegible] rologia, Vol. XIV, 1896.

Siccome, però, questa specificità dell'agente patogeno della paralisi non è ancora dimostrata, e, per ora, sembra invece più ammissibile la molteplicità delle cause dianzi accennate, a me pare che in sostanza la leggiera diminuzione verificatasi in questi ultimi anni non debba considerarsi se non come una di quelle oscillazioni che si hanno nel decorso di tutte o quasi tutte le malattie, e che si chiamano spontanee appunto perchè son dovute a cause che a noi sfuggono. Mi sembra, inoltre, che queste oscillazioni non infirmino affatto la verità dell'aumento progressivo di questa malattia nelle nostre provincie. E' elementare, infatti, che nelle statistiche devesi badare alle grandi serie, ai lunghi periodi di anni, e dal quadro annesso è facile vedere che dalle percentuali dei paralitici sugli ammessi che si avevano nei primi anni della fondazione del Manicomio a quelle che

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1883 | Paralitici | 0,78 | su | 100 | ammessi |
| 1884 | » | 3,02 | » | » | » |
| 1885 | » | 3,94 | » | » | » |
| 1886 | » | 6,69 | » | » | » |
| 1887 | » | 7,57 | » | » | » |
| 1888 | » | 8,80 | » | » | » |
| 1889 | » | 8,93 | » | » | » |
| 1890 | » | 12,56 | » | » | » |
| 1891 | » | 8,49 | » | » | » |
| 1892 | » | 10,57 | » | » | » |
| 1893 | » | 12,87 | » | » | » |
| 1894 | » | 9,67 | » | » | » |
| 1895 | » | 8,06 | » | » | » |
| 1896 | » | 8,72 | » | » | » |
| 1897 1.° s. | » | 8,87 | » | » | » |

si hanno in questi ultimi vi è una notevolissima distanza. Quando si considera, infatti, che dalla percentuale di 0,78 dell'83 e da quella del 3,02 dell'84, si è arrivati oggi a quella di 8 e qualche cosa, e non si va mai al di sotto dell'8 0[0, se ne deve conchiudere che, attraverso oscillazioni, che, del resto, si verificano, ripeto, in tutte le malattie e le cui cause è difficile determinare, la paralisi continua nelle nostre provincie il suo lento ma sicuro progresso.

Dando, poi, uno sguardo alle percentuali dei paralitici sugli ammessi per ogni singola provincia, si vede che, se in alcune v'è una diminuzione rispetto al triennio precedente, in altre, invece, si sono raggiunte in questi anni cifre non mai toccate. Così Bari nel 95 ha raggiunto la percentuale enorme di 22,8 paralitici; Cosenza nel primo semestre del 97 è arrivata al 25 0[0 e Salerno nello stesso anno al 17,7 0[0, mentre nel triennio precedente non aveva oltrepassato il 13,51 0[0.

*
* *

Per venire, poi, all'argomento principale, cioè di vedere quale sia , fra i casi succintamente esposti, la forma clinica predominante e quali particolarità essa presenti, ho diviso i casi suddetti in cinque categorie. Nella prima ho posto quelli che più si avvicinano alla forma classica descritta nei trattati e più conosciuta, la forma, dirò così, prevalentemente megalomaniaca, coi caratteri tipici di questo delirio. Nella seconda ho collocato quei casi in cui il sintoma predominante è l' agitazione maniacale ; nella terza quelli in cui prevale uno stato depressivo a fondo persecutorio od ipocondriaco; e noto di passaggio che tra questi ho osservato,

specie [illegible], alcuni di quelli che lo Zacher (1) chiama di paralisi generale acuta, in cui, cioè, i sintomi somigliano a quelli del delirio a forma ansiosa chiamato dallo Schüle delirio acuto malinconico, e in cui solo l'autopsia rivela le lesioni caratteristiche della paralisi. Nella quarta ho posto quei casi in cui, insieme a vaghe, scialbe, rudimentarie e passeggiere idee di grandezza, vi è un marcato indebolimento mentale, e talvolta uno stato di confusa agitazione motoria, che non è, però, quello che si trova nei casi della seconda categoria e che si assomiglia di più al vero eccitamento maniaco; ed in un'ultima, infine, ho posto i casi in cui quel che domina nel quadro clinico è il decadimento dei poteri mentali. La classificazione degli 84 casi fatta in base a questi criterii, é la seguente:

| | |
|---|---|
| Forme tipiche megalomaniache . . . . . | 15 |
| Forme maniache . . . . . . . . . . . | 12 |
| Forme depressive . . . . . . . . . . . | 6 |
| Forme deliranti atipiche con o senza conf. agitaz. | 11 |
| Forme a preferenza dementi . . . . . . | 40 |
| Totale . . | 84 (2) |

Vi é, dunque, anche in questi anni, quel predominio della forma demente, che avevo notato negli anni precedenti. Nel 91, infatti, trovai il 35 0|0 di forme dementi, nel 92 il 38 0|0, nel 93 il 69,22 0|0; ed adesso trovo nel 94 il 57,68 0|0, nel 95 il 38,09 0|0, nel 96 il 5[illegible] 0|0, nel 97 il 45,45 0|0. Le quali percentuali

(1) *Zacher* — Due casi di paralisi generale acuta. (Neurologisches Centralblatt, Febbraio 1891).

(2) Appartengono alla prima categoria i casi segnati coi numeri 10, 12, 16, 22, 26, 31, 42, 43, 46, 56, 60, 63, 72, 76, 77; alla seconda i casi n. 6, 23, 24, 27, 29, 30, 67, 70, 71, 73, 74, 80; alla terza i casi n. 40, 47, 48, 54, 59, 64; alla quinta quelli n. 1, 2, 3, 28, 34, 45, 52, 55, 65, 78, 82. Quelli poi a forma demente souo segnati con un asterisco.

sarebbero state più elevate ancora se non avessi fatto una cernita accurata dei casi, distinguendo in un'altra categoria, cioè nella quarta, quelli nei quali, pur essendovi notevole indebolimento mentale, v'era, però, o confuso delirio di grandezza, o confusa agitazione motoria. Rimangono, quindi, nella categoria ultima solo i casi di pura demenza apatica, che descriverò succintamente.

∴

Si tratta di individui nei quali idee deliranti o mancano del tutto o appaiono solo nel periodo iniziale della psicopatia e poi spariscono rapidamente; e spesso non sono neanche idee grandeggianti, ma di gelosia, di peccaminosità, persecutorie, o persecutorie ed ipocondriache insieme, o persecutorie ed ascetiche insieme. Nel massimo numero dei casi, però, il fenomeno iniziale non è costituito da questi delirii, ma semplicemente dal decadere progressivo della potenza intellettuale dell'infermo, il quale diventa disadatto ai proprii affari, smemorato, confuso; e spesso tale debolezza intellettuale è sul principio tanto leggiera che non si nota nelle faccende comuni della vita, ma solo in quelle che importano un lavorio intellettuale maggiore e più elevato. Altre volte l'indebolimento appare più nel lato emotivo e sentimentale che in quello intellettuale, sicchè questi individui, coerenti e logici nei loro discorsi e nella loro condotta, mostrano, però, un certo colorito scialbo e sbiadito nel tono affettivo, una pallidezza nelle reazioni emozionali agli stimoli ed agli avvenimenti del mondo esterno.

Talvolta questo indebolimento progressivo intellettuale è primario; tal'altra si manifesta in seguito ad uno o a ripetuti accessi apoplettiformi od epilettiformi che contrassegnano l'inizio della malattia. In alcuni casi an-

cora tale depauperamento intellettuale si accompagna ad una certa irritabilità di carattere, che dà luogo a scatti d'ira e talvolta a veri impulsi aggressivi o a fasi intercorrenti di più o meno confusa agitazione; in altri si accoppia a tendenze girovaghe e talvolta incendiarie.

In poco tempo le vaghe e confuse idee deliranti, le svariate tendenze testè accennate, nei casi in cui esistono, scompaiono, e il quadro morboso finisce per rassomigliare a quello dei casi tipici or riferiti, a ridursi, cioè, quasi esclusivamente ed essenzialmente, al progressivo decadimento mentale, di raro accompagnato a stadi di confusa agitazione ed irrequietezza motoria, per lo più, invece, a forma profondamente apatica, sicchè, non soltanto nei periodi iniziali, ma anche in quelli più avanzati, non sarebbe possibile la diagnosi di paralisi generale senza i sintomi fisici caratteristici. In alcuni casi, in mezzo a questo sfacelo delle facoltà mentali, appaiono quà e colà frammentarie e mutevoli idee di grandezza, ruderi di quelle preesistenti nei primi tempi della psicopatia, o insorgenti da sè sullo scucito campo ideativo; altre volte vi son soltanto delle idee puerilmente vanitose, come quelle p. es. di saper fare delle belle capovolte, di essere stato bello in gioventù, e simili cose. Altre volte non ci sono neanche vere idee vanitose, ma hanno il carattere della puerilità quelle poche idee che esprime l'infermo, vale a dire che quel tanto che in lui rimane di processo ideativo è sceso quasi al livello infantile; e così non è raro, per esempio, vedere un vecchio paralitico che chiama *papà* il medico, e gli si fa vicino in aria di chi cerca protezione, come fanno i bimbi coi genitori. Altra volta manca tutto questo, e non v'è che un vago e non ben determinato senso d'euforia, o meglio un tale attutimento della sensibilità e dell'appercettività ed una tale debolezza di reazioni alle

piacevoli sensazioni fisiche e morali, da aversi necessariamente la conseguenza che l'infermo, non potendosi lagnar di nulla, non soffre, é contento sia dal lato fisico che da quello morale, e p. es. si adatta senza protestare alla dimora e al trattamento manicomiale, e così via dicendo. Non è dunque, la sensazione positiva di benessere che si verifica in questi infermi, ma, direi quasi, la sensazione negativa, cioè l'assenza delle sensazioni più o meno dolorose. E difatti nei casi più tipici e completi non v'è neanche l'espressione dell'euforia e della contentezza, ma soltanto il contegno completamente indifferente a tutto, la più perfetta apatia. È questo il carattere precipuo di questa forma di paralisi, la completa, cioé, demenza apatica, ed è perciò che nella classificazione ne ho separati, riunendoli in un altro gruppo, quei casi nei quali, pur essendovi notevole indebolimento delle facoltà mentali, questo si accompagnava a più o meno confusa agitazione motoria, ed ho lasciato nel quinto solo quegli altri in cui tale agitazione è appena accennata e transitoria.

Tra i disturbi fisici predomina in questa forma, come ebbi giá a dire, l'alterazione della parola, che va fino alla quasi completa afasia, che, congiunta al profondo decadimento mentale ed alla impotenza motoria cui son ridotti, contribuisce a fare di questi esseri dei tronchi inerti, dei cadaveri respiranti.

∴

In quanto alla durata della malattia, non pare che questa forma abbia una gravità maggiore delle altre.

Infatti, prendendo come data iniziale della malattia

quella indicata nella modula informativa, si vede che, dei 40 casi di forma demente, tale durata è stata:

In 1 . . . . . . . . . . . . di 5 mesi

In 4 . . . . . . . . . . . . di 6 mesi

In 2 . . . . . . . . . . . . di 8 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 9 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 10 mesi

In 1 . . . . . . . . . . , . di 1 anno

In 1 . . . . . . . . . . . . di 13 mesi

In 2 . . . . . . . . . . . . di 14 mesi

In 2 . . . . . . . . . . . . di 15 mesi

In 2 . , . . . . . . . . . . di 18 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 22 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 2 anni

In 1 . . . . . . . . . . . . di 25 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 28 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 34 mesi

In 1 . . . . . . . . . . . . di 3 anni

In 2 . . . . . . . . . . . . di 4 anni

In 1 . . . . . . . . . . . . di 5 anni

—

26

Dei rimanenti, 9 sono vivi, cioè

1 da 8 mesi dall'inizio della malattia

1 da 10 mesi « «

1 da 15 mesi « «

1 da 22 mesi « «

1 da 29 mesi « «

1 da 30 mesi « «

1 da 31 mesi « «

1 da 38 mesi « «

1 da 44 mesi « «

Due sono usciti migliorati dal Manicomio, e di tre si ignora la data di inizio della malattia.

Dei 44 casi, poi, di altre forme di paralisi, la durata é stata:

In 1 di 3 mesi dall'inizio della malattia
In 2 di 4 mesi « «
In 3 di 6 mesi « «
In 3 di 8 mesi « «
In 1 di 10 mesi « «
In 1 di 11 mesi « «
In 2 di 1 anno « «
In 1 di 13 mesi « «
In 1 di 14 mesi « «
In 2 di 15 mesi « «
In 1 di 16 mesi « «
In 1 di 18 mesi « «
In 2 di 19 mesi « «
In 2 di 20 mesi « «
In 2 di 2 anni « «
In 2 di 25 mesi « «
In 1 di 26 mesi « «
In 1 di 30 mesi « «
In 1 di 3 anni « «

—
30

Dei rimanenti, 7 sono usciti in esperimento e 7 sono ancora in Manicomio, cioè

1 da 15 mesi dall'inizio della malattia
1 da 18 mesi « «
1 da 22 mesi « «
1 da 34 mesi « «
1 da 42 mesi « «
1 da 50 mesi « «

Di 1 si ignora l'epoca di sviluppo del morbo.

La durata, dunque, è su per giù uguale nei casi della prima ed in quelli della seconda categoria, e, se vi sono tra i primi alcuni a decorso rapidissimo, ve ne so-

no anche altri a decorso molto lento, come non ne mancano ancora di benigni e di maligni tra i secondi. Anzi, se, per avere un criterio riducibile a cifre, vogliamo considerare come maligne quelle paralisi che hanno una durata inferiore ad 1 anno, vedremo che di queste ve ne sono 10 su 40, cioe il 25 0[0 tra i casi a forma demente, e 13 su 44, cioè il 29,54 0[0 fra quelli delle altre categorie.

Sicchè le ulteriori osservazioni ed un più minuto esame non confermano quel che mi era sembrato di scorgere dalle prime indagini, cioè che queste forme dementi fossero più gravi anche dal punto di vista del decorso, e quindi fossero indizio di una gravità maggiore del processo morboso.

⁂

Allo scopo di ricercare le cause della prevalenza di questa forma demente, ho notato i rapporti dei casi osservati: 1.° colla provincia d'origine; 2.° colla condizione sociale; 3.° col momento etiologico; 4.° coll'eredità morbosa e col precedente temperamento individuale.

Riguardo alle provincie, i suddetti 40 dementi paralitici sono così distribuiti:

Avellino: 3 su 8 paralitici, cioè il 37,5 0[0;
Bari: 9 su 18 paralitici, cioè il 50 0[0;
Campobasso: 8 su 12 paralitici, cioè il 66,66 0[0
Cosenza: 5 su 8 paralitici, cioè il 62,56 0[0;
Foggia: 2 su 7 paralitici, cioè il 28,57 0[0;
Salerno: 10 su 26 paralitici, cioè il 38,46 0[0.

I rimanenti 3 appartengono a provincie fuori consorzio, due cioè sono di Napoli ed uno di Portomaurizio.

Le percentuali più alte, dunque, si hanno nelle provincie di Campobasso e di Cosenza, che, fra le nostre, agricole tutte, possono dirsi le più agricole ed in cui queste son quasi le uniche industrie. Questo dato di fatto parrebbe favorevole all' ipotesi che l' assenza di sindrome delirante sia in rapporto colla precedente cultura dell'individuo affetto, vale a dire che vi sarebbe un ricco contenuto delirante in quei paralitici che appartenevano a classi e condizioni sociali più colte ed elevate, mentrechè quegl'individui in cui il contenuto ideativo era già scarso per difetto di cultura, e perchè il loro genere di vita poco li abituava all'esercizio ed allo sviluppo delle facoltà intellettuali, questi individui, dicevo, quando van soggetti a paralisi progressiva, non mandano dalla loro mente quegli sprazzi di luce falsa sì, ma indizio di un qualecchesiasi interno lavorìo, che sono i delirii, e ne lasciano vedere soltanto il progressivo ed uniforme decadimento. Quanto vi sia di vero in questa ipotesi si potrebbe vedere da uno studio comparativo sui paralitici dei manicomii pubblici e su quelli rinchiusi in case di salute private e appartenenti perciò a classi sociali più alte. In generale, non può esser contrastato da alcuno che il contenuto delirante è tanto più vivo e multiforme quanto maggiore era la intelligenza e la cultura dell'individuo affetto. Tra le persone colte e civili, è facile, nelle Case di salute private, sentir parlare di grandiosi progetti, di scavi e simili, mediante i quali si potran fornire di miliardi tutte le nazioni di Europa e risolvere la quistione sociale, ecc.; e ricorderò un rinomato Professore, vanto della Scuola medica napoletana, che parlava di costruire un teatro capace di dieci milioni di spettatori, sul quale avrebbe trasportato la cascata del Niagara, di fondare sull'Acropoli di Atene una Università per tutti gli stu-

denti del mondo, e simili cose, che non potrebbero assolutamente, sotto qualsiasi condizione morbosa, pullulare nel cervello di un contadino, avvezzo a non guardare al di là del suo paesello, o anche del suo campicello nativo. Si verifica, insomma, nei paralitici, quel che si vede anche nei paranoici, in cui il delirio trova sempre la sua radice nel precedente contenuto ideativo dell'individuo, ed è in diretto rapporto colla portata e colla natura del contenuto medesimo.

∴

Che, però, tale condizione possa spiegare soltanto in parte e non in tutto il cennato predominio della forma demente di paralisi progressiva, si desume dalla considerazione che, esaminando, fra i precedenti 84 casi, quelli appartenenti alla forma megalomaniaca, si vede che ve ne sono molti verificatisi in individui di condizione sociale inferiore e di cultura bassa, e nei quali, nondimeno, v'era un tipico delirio di grandezza, che, pur non essendo così ricco come quelli cui accennavo poco fa, e riflettendo soltanto le idee e le cose più attinenti al loro mestiere ed al loro ordinario contenuto ideativo, nondimeno è riuscito a sufficientemente organizzarsi e a rivestire i caratteri che in generale si attribuiscono al delirio di grandezza dei paralitici. Sicchè la differenza che decorre fra gli uomini colti e gl'ignoranti concerne il contenuto del delirio, ma non i caratteri e la portata di esso, allo stesso modo che il delirio paranoico, pur differendo nel suo contenuto formale, è fondamentalmente ed essenzialmente lo stesso nel selvaggio e nell'uomo incivilito, nell'analfabeta e nello scienziato.

Infatti, classificando a seconda la condizione sociale, i 40 dementi paralitici, si hanno fra essi:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Commercianti . . . | 3 | Tagliamonti . . . . | 1 |
| Farmacista . . . . | 1 | Meccanico . . . | 1 |
| Impiegati . . . . | 2 | Guardia campestre . | 1 |
| Notaio . . . . . | 1 | Marinai . . . . . | 2 |
| Sarti . . . . . . | 3 | Pittore di appartamenti | 1 |
| Contadini . . . . | 6 | Muratori . . . . . | 3 |
| Operai manuali . . | 2 | Felpaiolo . . . . . | 1 |
| Scrivano . . . . . | 1 | Carrettiere . . . . | 1 |
| Calzolaio . . . . . | 1 | Fuochista . . . . | 1 |
| Barbiere . . . . | 1 | Possidente di campagna | 1 |
| Cocchieri . . . . . | 2 | Tessitrice. . . . . | 1 |
| | | Donne di casa . . . | 3 |

Or, se si tien presente la natura del nostro Manicomio, il quale accoglie quei malati che per legge sono a carico delle amministrazioni provinciali, e tra cui, quindi, i commercianti, i professionisti, gl' impiegati e simili, capitano di raro, si vedrà che, relativamente a ciò, il numero degl'individui di condizione e, quindi, di cultura alquanto elevata, è, fra i nostri 40 dementi paralitici, abbastanza alto, in modo da infirmare l'ipotesi sopra enunciata, o per lo meno, da far ammettere che, oltre di quella, a qualche altra condizione bisogna far ricorso.

*
* *

Il Kowalewsky descrive, come si è visto, una forma di demenza paralitica sifilitica primaria, collegando, cioè, alla sifilide i casi di paralisi a demenza primaria ora descritti. Dei suddetti 40 dementi paralitici, intanto, solo 12 sono sifilitici, il che dà (togliendo, da quei 40, 11 in cui i dati etiologici sono ignoti) la percentuale di 41,37 0|0 di sifilitici. Tra i paralitici, inve-

ce, appartenenti agli altri gruppi, ve ne sono di sifilitici 17 su 38 (tolti 6 ad etiologia ignota), cioè un percento di 44,73. Dunque la percentuale dei sifilitici è pressochè uguale nell' una e nell'altra categoria di paralitici, anzi è alquanto inferiore in quelli a forma primariamente demente, al contrario di quel che si sarebbe dovuto verificare se si fosse trattato di una forma di paralisi in diretto rapporto colla sifilide.

Del pari l'alcoolismo, o meglio l'abuso di vino, giacché di vero e proprio alcoolismo non é da parlare nelle nostre provincie, si riscontra fra i fattori etiologici in 7 su 29 dementi paralitici, cioè nel 24,13 0[0, e in 12 su 38 paralitici di altre categorie, cioè nel 31,58 0[0. Non parliamo di altri elementi causali, i quali hanno importanza secondaria, e si riscontrano, su per giù, nelle stesse proporzioni in tutte le forme di paralisi progressiva.

∴

Il Del Greco (1) ha studiato i caratteri di alcune forme vesaniche nel mezzogiorno d'Italia, ed, analogamente a quanto aveva notato il Bianchi (2), vi ha riscontrato più frequenti le forme da esaurimento con abbondanza di fenomeni allucinatorii ed esplosioni passionali, istintive. Da ciò egli deduce esservi probabilmente nel temperamento dei meridionali qualche cosa che li dispone alla facile esauribilità ed alle facili scariche di energia nervosa; ed, infatti, la loro intelligenza é meno resistente di quella p. es. dei tedeschi, ad un lavo-

(1) *Del Greco* — Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel mezzogiorno d'Italia. (Annali di Nevrologia, anno XIII, Fasc. I).

(2) *Bianchi* — Relazione presentata alla Commissione Amministrativa del Manicomio provinciale di Napoli, dal 1 Gennaio 91 al 31 Dicemb. 93

ro prolungato e continuo, ond'è che da noi abbondano più che altrove gli uomini di ingegno, ma meno i lavoratori indefessi e pertinaci. Or tale esauribilità dei poteri psichici, il che torna a dire degli elementi nervosi, parmi possa avere importanza nel caso in esame. Perocché, se è vero che sono appunto gl' individui in cui le cellule nervose sono più esauribili e deboli quelli in cui l'azione di speciali sostanze auto od eterotossiche dà luogo, direttamente o per mezzo delle lesioni vasali, a processi degenerativi svariati, che, insieme alle lesioni vasali suddette, son la base anatomica della paralisi progressiva, é naturale che di tale esauribilità maggiore o minore si debba tener conto quando si vogliano spiegare i caratteri speciali che la paralisi assume nei singoli casi.

In pregevoli lavori istologici il Crisafulli (1) e più dettagliatamente il Colucci (2) han descritto le degenerazioni varie che subiscono le cellule nervose dei paralitici e che menano al completo sfacelo di queste ultime; ed é da credere che tali processi distruttivi si compiano con tanto maggiore rapidità e diffusione quanto più deboli e meno resistenti sono gli elementi cellulari e fibrosi del tessuto nervoso. Ora, se il delirio è il prodotto di un'attività cerebrale, per quanto alterata, purtuttavia esistente, è naturale che, quando il ciclo involutivo o distruttivo delle cellule nervose si compie con maggiore rapidità, più rapido sarà ancora il sopravvenire della demenza, e il delirio o non apparirà affatto o si dileguerà in breve tempo. E se, come è mia opinione, si dà, nella patogenesi della paralisi, una importanza

(1) *Crisafulli* — Studio comparativo clinico-istologico sulla paralisi generale progressiva. (Annali di Nevrologia, anno XIV. Fasc. I e II).

(2) *Colucci* — Contribuzione all'istologia patologica della cellula nervosa in alcune malattie mentali. (Annali di Nevrologia, vol. XV. fasc. I, II).

notevole anche all'alterazione delle pareti vasali, le quali sono irritate dal tossico circolante nel sangue, e son causa, poi, in parte per l'azione diretta del tossico stesso che filtra attraverso i vasi infiammati, in parte per l'alterata nutrizione del tessuto, delle degenerazioni degli elementi nervosi, si possono meglio ancora spiegare le sopraccennate differenze. Si capisce, cioè, che in quegl' individui i cui elementi nervosi, più resistenti, degenerano più tardi e meno intensamente ed in numero minore, si mescolano ai fenomeni indicanti un decadimento delle facoltà mentali, altri che indicano uno stato irritativo dell'organo nervoso e quasi una reazione delle cellule agli agenti distruttori, i quali fenomeni sono l'eccitamento maniaco e il delirio. In quegli altri individui, invece, in cui gli elementi nervosi sono più deboli e quindi degenerano quasi istantaneamente, appena che il tossico viene in loro contatto e che la nutrizione del tessuto si altera, accade che i suddetti fenomeni irritativi e reattivi non appaiono affatto o sono passeggieri od appena accennati, e quel che predomina nel quadro clinico è l'affievolimento dei poteri psichici, indice della decadente funzionalità degli elementi nervosi e della loro diminuzione numerica, prodotta dal processo degenerativo che li pone man mano fuori combattimento.

*
* *

La dimostrazione anatomica di questo ragionamento (è uopo confessarlo, del tutto ipotetico) riuscirebbe estremamente difficile, perchè non è agevole, come s'intende da sè, determinare, nei singoli casi, la rapidità con cui i processi degenerativi cellulari si sono compiuti e l'estensione che hanno assunto fin dal principio. Tale ipotesi,

però, si fonda su presupposti che mi sembrano accettabili, e sono:

1.° che l'esauribilità delle facoltà psichiche debba avere il suo fondamento in una maggiore invalidità delle cellule cerebrali;

2.° che questa maggiore invalidità importi una maggiore facilità a degenerare sotto influenze nocive, ed una maggiore rapidità nel compiersi del ciclo involutivo, cioè del processo degenerativo suddetto, fino a ridurre l'elemento nervoso ad un detritus o accumulo informe di prodotti regressivi;

3.° che vi sia un rapporto diretto fra la degenerazione degli elementi nervosi e l'indebolimento delle facoltà mentali;

4.° infine che il delirio e lo stato di eccitamento maniaco rappresentino quasi dei fenomeni di reazione degli elementi nervosi ancora integri o solo in parte degenerati, e che cessano quando, nella maggior parte degli elementi suddetti, si é completato il processo degenerativo e dirò quasi necrotico.

E' bene fermarsi un poco a discuterli.

Esauribilitá significa essenzialmente facilitá a stancarsi, e siccome la stanchezza pare non sia se non l'effetto dell'accumulo, nel sangue e nei succhi nutritivi delle sostanze prodotte dal lavorio funzionale del relativo tessuto, lo stancarsi più subito importa subire più facilmente l'azione nociva di queste sostanze, l'esser, cioé, gli elementi nervosi più suscettibili all'alterata composizione chimica dei succhi inter- ed intracellulari. Se, dunque, in un individuo le cellule nervose si alterano nella loro funzionalità, fino a render quest'ultima pressochè impossibile, sol che si trovino in contatto con una certa quantità di sostanze da loro stesse prodotte, ne viene di necessità la conseguenza che, quando queste stesse cellule si trovano in contatto di sostanze ben più

gravemente tossiche, come il virus sifilitico, o l' alcool, o anche veleni generatisi nello stesso organismo, ma che non si eliminano più col semplice riposo, come quelle prodotte dal lavorio funzionale, queste cellule si altereranno permanentemente nella loro composizione chimica, cioè degenereranno con molto maggiore facilità e rapidità di quelle di altri individui, che, anche in condizioni normali, sopportano meglio quella lieve alterazione dei liquidi nutritivi dianzi accennata, che son, cioé, più valide e resistenti.

L' anatomia patologica della demenza non è ancora ben conosciuta, e forse vi son casi in cui, a notevole indebolimento delle facoltà mentali, non si accoppiano notevoli o diffusi processi degenerativi delle cellule nervose. Ciò può spiegarsi in due modi: sia, cioè, considerando che il pensiero è funzione non soltanto del cervello, ma di tutto l'organismo, e che, quindi, posson le cellule nervose essere anatomicamente integre, ma non funzionar bene per lesioni varie in altri punti del sistema nervoso e dell' economia; e sia tenendo presente che non tutte le alterazioni nella composizione chimica delle cellule si traducono con alterazioni morfologiche riconoscibili coi nostri attuali metodi di ricerca. Se, però, é vera questa proposizione, non pare possa esser vera l'inversa, cioè che degenerazioni diffuse e gravi delle cellule cerebrali possano andare scompagnate da indebolimento dei poteri mentali. E' naturale, infatti, che una cellula nervosa che va degenerando si indebolisca mano mano nella sua funzionalità, fino a non funzionare affatto, quando é ridotta ad un cumulo di granuli pigmentacei o di zolle adipose o di sostanza amiloide o colloide; donde deriva che, quanto maggiore è il numero delle cellule così ridotte, tanto meno intensa sarà la forza che si sprigionerà dall'insieme dell'organo cerebrale, tanto maggiore, cioè, sarà l'indebolimento mentale. E ciò si am

metterà tanto più nella paralisi progressiva, in cui vi sono anche notevoli alterazioni vasali, le quali fan si che anche quelle cellule che morfologicamente sono o paiono integre non si nutrono bene, e, quindi, non bene funzionano.

Più ardita sembrerà l'idea che gli stati di eccitamento maniaco ed i delirii rappresentino quasi dei fenomeni psichici irritativi, che si verificano quando le cellule nervose sono all'inizio dei processi degenerativi, o, pur essendo mal nutrite od a contatto con sostanze tossiche, non degenerano ancora, appunto perchè più resistenti e valide. Che però sia un fenomeno irritativo lo stato di eccitamento maniaco, sembra ammesso da tutti, ed esso consiste in fatti in una iperideazione ed in una sovrabbondanza di stimoli motorii, che indicano appunto una condizione di eccitamento nelle cellule deputate alle funzioni psichiche. Che sia, poi, un fenomeno irritativo il delirio, neanche sembrerà assurdo, ove si consideri che i deliranti sono appunto quegl'individui a carattere più irritabile e facile alle reazioni, che i delirii paranoici e lipemaniaci insorgono appunto come reazione a stati cenestetici depressivi, e simili cose. Non è, quindi, improbabile che anche il delirio di grandezza del paralitico insorga come una reazione alla depressione generale di tutto l'organismo, reazione che non può essere opera se non di quelle cellule che sono ancora capaci di reagire, cioè o non degenerate affatto o con processo degenerativo poco avanzato, e che è possibile quando, fra le alterazioni istologiche cerebrali, prevalgono, almeno in una porzione del cervello, i fenomeni irritativi vasali su quelli regressivi degli elementi nervosi.

Se, dunque, questi presupposti sembrano accettabili, potrà sembrare anche plausibile, per spiegare, in parte almeno, la forma primariamente demente della paralisi rogressiva, l'ipotesi che essa abbia la sua ragione nel-

la esauribilità, cioè nell'invalidità e debolezza degli elementi nervosi cerebrali del relativo individuo, invalidità la quale si traduce con una più estesa e rapida degenerazione degli elementi suddetti, i quali, riducendosi tutti o buona parte e subito all'impotenza funzionale, ne segue che fan difetto quei fenomeni di irritazione e di reazione che sono gli stati di eccitamento maniaco ed i delirii, e non appare se non il progressivo indebolimento delle facoltà mentali. Quindi nelle regioni in cui, per ragioni etniche, questi individui a sistema nervoso esauribile abbondano, abbonderà ancora la forma demente della paralisi.

∴

Bisogna, infine, tener conto dell'ereditarietà morbosa e della precedente costituzione psichica individuale.

Per quanto, come al solito, sieno sempre difettose ed insufficienti le notizie anamnestiche dei malati che vengono inviati al Manicomio, nondimeno ho cercato di rintracciare, fra i suddetti 84 paralitici, quelli in cui vi era eredità neuro o psicopatica, e quelli che avevano, precedentemente alla malattia, mostrato segni di temperamento nervoso, di carattere eccentrico, insomma di anomala costituzione neuro-psichica. Ora è importante che tali note si riscontrano in 9 su 29 paralitici a forma demente (sottraendo sempre da questi ultimi quelli i cui precedenti anamnestici sono ignoti), ciò che dà la percentuale del 31,03 0[0, e in 16 su 38 paralitici di altre forme (fatta la stessa sottrazione), cioè del 42,10 0[0. Vale a dire che è più abbondante l'eredità morbosa e la costituzione neuropatica nei paralitici megalomaniaci o maniaci, ecc., anziché in quelli a forma demente. Han più, insomma, aspetto degenerativo le pri-

me, aspetto più, dirò quasi, vesanico o psiconeurosico le seconde.

Questo dato di fatto si può interpetrare considerando che l'insorgero di un delirio è o pare, quasi sempre, collegato ad una predisposizione nella costituzione psichica individuale, ad uno speciale modo di concepire i rapporti fra sè e il mondo esterno, di reagire agli stimoli di quest'ultimo ed anche a quelli interni. E' perciò che i paranoici sono fermi nelle loro convinzioni deliranti, perchè non possono pensare che in quel tal modo, ed alcuni esprimono ciò dicendo che il deliro è qualche cosa di *insito in loro*. E' perciò che in molti individui si verificano allucinazioni, talvolta isolate, altre volte ripetute e continue, e nondimeno non insorgono, sulla base di queste allucinazioni, vere idee deliranti, o per lo meno non arrivano ad organizzarsi a sistema, il che invece accade in quei soggetti che oppongono all'alterato meccanismo sensoriale una reazione viva ed intensa, che si risolve in una interpretazione delirante. Forse è per questa stessa ragione che alcuni lipemaniaci delirano, mentre in altri non vi è che il solo dolore psichico, e forse dipende anche da questa speciale precedente costituzione che in alcuni maniaci le idee deliranti, d'ordinario vaghe e confuse, acquistano una certa fissità che, sebbene da lontano, accenna alla sistematizzazione.

Potrebbe ammettersi qualche cosa di simile nella paralisi generale, e il dato di fatto riferito di sopra, cioè della più frequente eredità morbosa che si riscontra nei paralitici deliranti, è favorevole all' ipotesi che in quei soggetti in cui vi era notevole predisposizione alle forme psicopatiche, sia per la eredità sia per la speciale costituzione della psiche individuale, la paralisi riveste un aspetto, per dir così, più paranoide, cioè è più ricca di delirii, mentrechè in quelli non predisposti alle

concezioni deliranti si notano soltanto le conseguenze delle degenerazioni cellulari, cioè il progressivo indebolimento dei poteri psichici.

Questo modo di intendere le cose parrebbe a prima vista in contradizione con quel che si è detto innanzi; eppure si potrà mettere in accordo ove si consideri che la degenerazione è cosa ben diversa dalla esauribilità ed invalidità psichica; dal che deriva che le forme vesaniche da esaurimento si verificano a preferenza in individui non degenerati nè affetti da grave labe neuropatica ereditaria, ma soltanto forniti di un sistema nervoso più debole e meno resistente ai lavori eccessivi, agli sforzi , agli *choc* psichici ecc. L'individuo esauribile è semplicemente un *debole* , il degenerato ereditario, invece, è un *deviato* dal tipo comune della specie; quest'ultimo, quindi, è disposto al modo delirante di pensare appunto perchè in lui il processo ideativo si svolge in modo abnorme; il primo, invece, può soltanto subire un certo decadimento delle facoltà mentali, quando queste sien sottoposte ad un eccissivo lavorio. Dal che si dovrebbe dedurre che, quando la paralisi progressiva incoglie individui non predisposti ai delirii od alle psicopatie in genere, essa riveste a preferenza la forma demente.

La causa per cui si verificherebbe la paralisi in questi individui non degenerati nè predisposti alle malattie mentali devesi riconoscere consistere nel così detto *surmenage*, cioè in quell'eccessivo lavoro mentale unito ad intenso stato emotivo, che caratterizza la vita moderna, specie di quelli cui solo il lavoro ed a preferenza il lavoro intellettuale deve procurare i mezzi di vivere, e che son costretti a furia di stenti e di lotte ad aprirsi una via fra la folla, *surmenage* che è da tutti riconosciuto come un elemento etiologico di primaria importanza nella paralisi progressiva, e che , sebbene spesso

non risulti dalle scarse notizie anamnestiche che abbiamo sui nostri malati, si accompagna quasi sempre agli altri fattori (sifilide, alcoolismo, ecc.) e, rendendo il sistema nervoso un *locus minoris resistentiae*, fa sì che questi tossici manifestino lì più che altrove la loro influenza nociva. Lo stato di continuo ed intenso eccitamento e di tensione nervosa che accompagna, anzi è condizione essenziale di tutte le manifestazioni della vita odierna, fa vittime frequenti, oltrechè fra i predisposti alle malattie mentali per labe ereditaria e per speciale costituzione neuropsichica, anche in quella categoria di individui che non hanno nè questa eredità nè questa costituzione, ma soltanto un sistema nervoso più debole, più esauribile, meno resistente ad un lavorìo intenso e prolungato. In questi individui accade che, degenerando e cadendo mano mano in isfacelo le cellule nervose, le facoltà mentali gradatamente decadono, senza che si verifichi alcuno dei suaccennati fenomeni psichici irritativi, che son più proprii dei degenerati ereditarii, quali gli stati di eccitamento e principalmente i delirii.

È perciò che, a misura che questa condizione di intenso lavorìo intellettuale ed emotivo che va sotto la denominazione complessiva di *surmenage*, aumenta e si diffonde, per le difficoltà ogni dì crescenti dell'esistenza, accadono questi tre fatti: 1.° si diffonde la paralisi; 2.° prevale la forma demente: 3.° prevale specialmente in tutte quelle regioni in cui, per condizioni etniche, maggiore è il numero degl'individui a sistema nervoso debole e facilmente esauribile.

*
* *

Volendo ora conchiudere e riassumere in poche parole quanto finora, forse troppo prolissamente, son ve-

nuto esponendo, posso enunciare le seguenti proposizioni:

1.° In questi ultimi 3 anni e mezzo non ci é stato, nelle nostre provincie, aumento della paralisi, anzi notasi, rimpetto al triennio precedente, una certa diminuzione. Considerando, peró, le percentuali dei paralici in un periodo più lungo, cioé dal 1884 al '97, si vede che in complesso v'è un aumento notevole, e quindi pare si possa dedurre che il fenomeno verificatosi in questi ultimi anni sia l'effetto di una di quelle oscillazioni spontanee, che non infirmano il lento ma continuo diffondersi della malattia. In alcune provincie, poi, singolarmente, i paralitici han raggiunto in questo triennio percentuali mai per lo innanzi toccate.

2.° Si è verificato anche in questi anni un notevole predominio della forma demente sulle altre forme cliniche di paralisi.

3.° Tale predominio è maggiore nelle provincie maggiormente dedite all'agricoltura, non è in rapporto colla condizione sociale degl'infermi, chè anzi si riscontra di frequente in individui di condizione relativamente elevata; non è in rapporto con uno speciale momento etiologico. Soltanto pare che, fra questi paralitici dementi, sieno meno frequenti che fra gli altri i casi in cui si costatano labe degenerativa ereditaria e note di carattere predisposto alle psicopatie.

4.° Ciò posto, a me pare possa per lo meno avanzarsi come ipotesi l'idea che la forma demente sia in rapporto colla più rapida e più facile degenerazione degli elementi cellulari nervosi, per cui più rapidamente compare il decadimento mentale e fan difetto quei fenomeni di irritazione psichica che sono i delirii e gli stati di eccitamento. Questa rapidità e facilità di degenerazione é in rapporto coll'esauribilità nervosa dei relativi individui, e quindi si verifica quando la paralisi incoglie soggetti non degenerati, non quindi predisposti

alle concezioni deliranti, ma semplicemente a sistema nervoso poco valido, cioè esauribile. È perciò che, quando il *surmenage*, cioè l'eccessivo lavorio intellettuale ed emotivo, colpisce questi individui appunto, si verifica con grande frequenza la varietà primitivamente demente della paralisi generale. E poiché tale condizione sempre più si estende, ed ogni giorno aumentano le vittime dell'intenso lavorio nervoso della società moderna, si capisce come tale varietà demente debba e possa ogni giorno divenir più abbondante e più facile a riscontrarsi (1).

*Nocera, Novembre 1897*

---

(1) Avevo già scritto queste pagine in cui ho fugacemente accennato anche al problema dell'etiologia della paralisi, quando ho letto il lavoro del **Krafft-Ebing** (a) in proposito, nel quale l' illustre psichiatra sostiene l'origine esclusivamente sifilitica di essa sulla base di esperienze eseguite da un suo collega e consistenti in inoculazioni di virus sifilitico a nove paralitici con risultato negativo. Ora io non discuterò, come fa il **Christian** (b), il lato, dirò così, *umano* di quest' esperienze e la maggiore o minore ammissibilità del diritto che un medico può

(a) *Krafft-Ebing* -- Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie. 2. Heft. 215 S. Leipzig, Barth. 1897.

(b) V. Annales Médico-Psycologiques. N. 1, 1898.

avere a praticarle; ma domando: É assolutamente dimostrato che *soltanto* lo stato di pregressa infezione conferisce all'organismo l' immunità pel virus sifilitico? Al contrario di quel che accade per tutte le infezioni che occorre che trovino le condizioni favorevoli nel terreno di cultura perchè attecchiscano, è la sifilide la sola di cui può dirsi che, una volta inoculata, deve assolutamente attecchire, eccetto il caso che già preesista nell'individuo sottoposto all' inoculazione? E nel caso dei paralitici, non potrebbero le stesse condizioni di alterato trofismo generale costituire una condizione sfavorevole per lo sviluppo dell'infezione? Per lo meno occorrerebbe, perchè queste esperienze cominciassero ad avere un valore probativo, che fossero praticate su larga scala, comparativamente su paralitici e sani, il che non è possibile per le ragioni cennate disopra.

---

# I METODI DEL FLECHSIG E DEL BECHTEREW

NELLA CURA DELLA

# EPILESSIA

## Ricerche terapeutiche

DEL

DOTT. ERNESTO CRISAFULLI
Assistente alla Clinica psichiatrica della R. Università di Napoli

Alcuni farmaci vengono con frequenza associati al bromuro e proposti quali rimedii per la cura della epilessia. L'ioduro di potassio (Brown-Sèquard), l'antipirina (C. Hay), la belladonna (Costantin Paul), l'oppio (Flechsig), l'adonis vernalis (Bechterew), accompagnati ai bromuri sono molto raccomandati dai rispettivi autori. Le presenti ricerche mirano a sperimentare l'azione che spiegano i rimedii del Flechsig e del Bechterew sugli epilettici.

Il Flechsig (1) propone di far precedere alla cura bromica semplice, un trattamento con estratto di oppio. Il suo metodo è precisamente il seguente: Estratto d'oppio usato a dosi crescenti per sei settimane da gr. 0,05 a circa un grammo al giorno. Far seguire immediatamente, e per circa due mesi, il bromuro nella dose di 7 od 8 grammi al giorno; quantità che in seguito devesi gradatamente ridurre a due grammi al giorno.

(1) *Flechsig* — Neurol. Central. April 1893. Neue Behandlung der Epilepsie.

Il Bechterew (1) raccomanda un liquido così composto:

| | |
|---|---|
| Acqua | *gr. mille* |
| Bromuro di potassio | *gr. cinquanta* |
| Adonis vernalis | *gr. dodici* |
| Codeina | *centigram. sessanta* |

da servirne da quattro a sei cucchiai al giorno.

Tanto questo metodo quanto quello del Flechsig sono stati adoperati con risultati non sempre eguali.

Il Linke (2), usando la cura del Flechsig in sette malati affetti da epilessia idiopatica con disturbi psichici consecutivi agli accessi, ha notato che gli accessi sono cessati in un malato e non si sono più riprodotti (sino a tre mesi dopo): in altre quattro osservazioni sono diminuiti di frequenza. Infine due infermi sono morti, uno per paralisi acuta del cuore e l'altro in seguito ad intensi accessi epilettici.

Il Rabbas (3) ha avuto risultati soddisfacenti riguardo agli accessi e allo stato mentale degli epilettici.

Il Bennecke (4) in quindici casi studiati, dice di aver notato giovamento, e registra la guarigione degli accessi in due osservazioni.

Lo Stein (5) conferma la utilità del metodo Flechsig contro gli accessi epilettici.

Il Binswanger é dello stesso avviso, e ne rac-

---

(1) *Bechterew* — Neurol. Centr. 1894. Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide u. der Adonis vernalis beider Epilepsie.

(2) *Linke* — Le traitement de l'Epilepsie par l'opium e le bromure. Archives de Neurologie 1896, T. II.

(3) *Rabbas* — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, T. LII, F. 4.

(4) *Bennecke* — Epilepsie Behandlung, Jena 1894.

(5. Epilepsie Behandlung, Neurol. Centralbl. 1893.

comanda l'impiego segnatamente quando si tratta di epilettici giovani.

Il Salzburg, il Fränkel, l'Hebold, il Wulf, lo Ziegenweidt fanno cenno di alcuni casi in cui con la cura del Flechsig si è ottenuto un certo giovamento.

Il Sommer registra risultati meno felici, ed il Davenport (1), che ha sperimentato sopra numerosi malati, trova che il metodo del Flechsig non guarisce la epilessia, torna soltanto utile negli attacchi e calma i malati irritabili e quelli che hanno tendenza alla depressione malinconica.

Il metodo del Bechterew non ha avuto minor numero di sperimentatori.

Tra questi, il Pellizzi (2) non ha mai riscontrata la cessazione completa degli accessi, bensì ha potuto convincersi, dai disturbi nervosi e gastro-intestinali che tale rimedio causava negl' infermi, come questi lo tolleravano male; e solo qualche volta, in venticinque osservazioni, ha notato un certo miglioramento nel numero degli accessi.

Il Guicciardi (3), nel Manicomio di Reggio, ha impiegato per sei mesi continui lo stesso rimedio in quattro epilettiche, e ha conchiuso che l' epilessia non si riesce a curare nella sua essenzialità, e che nemmeno si riesce a troncare o diminuire di molto la serie dei cosi detti accessi epilettici. Egli consente al liquido del Bechterew le indicazioni del semplice bromuro per

---

(1) Sur le traitement de l'epilepsie par la methode de Flechsig. Archives de Neurologie. Vol. II 1896.

(2) Annali di Freniatria e Scienze affini del R. Manicomio di Torino. 1895.

(3) Rivista sperimentale di freniatria Vol. 21 — p. 371 — 1895.

sedare la violenza e la frequenza degli accessi convulsivi.

Il Dott. Lui (1) pare sia stato più fortunato degli altri. Nel Manicomio Prov. di Brescia sperimentò il trattamento del Becthere w sopra dieci ricoverati, e dichiara che questo rimedio, quanto quello del Flechsig, che egli pure impiegò sopra tre epilettici, si debbano ritenere molto efficaci.

* *
*

Nel Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore, ho avuto agio di sperimentare il metodo di Flechsig ed il liquido di Becthere w sopra un discreto numero di epilettici.

Da parecchio tempo l'oppio viene impiegato per la cura di alcune malattie mentali; conta nella sua storia degli ammiratori entusiasti, come l'Engelken di Brema, e degli altri, a cominciare dall'Esquirol, che lo apprezzano molto sobriamente.

Il presente studio non consente di fermarsi a discutere intorno alle diverse opinioni che si hanno in proposito.

Il Dagonet (2) dichiara, come l'azione benefica dell'oppio sovente sia favorita dall'impiego di altri mezzi che possono essere indicati per il trattamento delle differenti forme di alienazione. Seguendo il metodo del Flechsig, l'oppio viene prescritto col criterio che esso sia buono a mettere l'epilettico in condizioni di meglio risentire l'azione del bromuro, il quale si somministra non appena che

(1) Rivista sperimentale di freniatria — Vol. 21 p. 364 1895.
(2) *Dagonet* — Traité des maladies mentales. Paris 1891.

gradatamente si è giunti a far prendere al malato un grammo circa di estratto d'oppio al giorno.

In che modo l'oppio compia il suo ufficio preparatorio non è ancora abbastanza dimostrato, nè danno spiegazione esauriente le ipotesi del Flechsig e del Salzburg, tendenti a segnalare alcune proprietà che l'oppio sarebbe in grado di spiegare sul cervello, sia diminuendone la eccitabilità, sia rendendolo più ricco di sangue e permettendo che più tardi vi giunga maggiore quantità di bromuro.

Per tanto bisogna che si continuino a studiare le condizioni che devono presentare i malati, perchè l'oppio associato al bromuro potesse tornare proficuo nella cura della epilessia.

Prima del Flechsig, insigni sperimentatori tra cui il Nothnagel, il Kirn ecc. lo adoperarono: ad essi però non venne mai in mente di costituirlo a metodo, nè andarono oltre dallo ammettere che l'oppio unito al bromuro potesse recare qualche giovamento nella epilessia.

Il Gowers intanto sperimentava la morfina associata ai bromuri per la cura degli accessi epilettici, e ne riferiva buoni risultamenti.

È però dimostrato, come non tutti i soggetti rispondano ugualmente allo impiego dell'oppio, che talora può esser causa di esacerbazione dei delirii, senso di pesantezza, congestione alla testa, perdita dell'appetito, sonnolenza, vomito, ecc., ecc: fatti questi che ne sconsigliano l'uso così come lo controindicano la debolezza del cuore, la febbre duratura, ecc., ecc.

Esaminando attentamente le condizioni generali degli ammalati prima che venissero sottoposti all'azione dell'oppio, e sorvegliandoli con assiduità in tutte le loro funzioni durante la somministrazione di esso, non ci è capitato caso alcuno di intolleranza.

Con frequenza è stato notato un certo grado di coprostasi, annunziatosi a partire dalla prescrizione di circa mezzo grammo di estratto di oppio. Ad evitare tale inconveniente si è facilmente provveduto.

⁂

A diminuire la eccitabilità dei centri nervosi corticali servirebbe il brumuro. Gli esperimenti del Rosembach (1) dimostrano, come nei cani intossicati col bromuro di potassio la corteccia cerebrale perda totalmente o parzialmente la sua eccitabilità sotto l'azione delle correnti elettriche. La scarica epilettica per tanto si dovrebbe considerare, quale un prodotto delle cellule nervose dovuto ad una modificazione nutritiva delle medesime, ed è perciò che il Gowers sostiene che quando con l'uso del bromuro si arriva ad ottenere la guarigione dell'epilessia, ciò si deve attribuire alla accresciuta resistenza delle cellule nervose.

Il Voisin (2) è del parere che agli epilettici non si debba mai fare abbandonare il bromuro di potassio. Il Dagonet (3) consente sulla influenza benefica del bromuro, però richiama l'attenzione sul fatto che l'uso del bromuro a lungo andare può produrre diminuzione della memoria, incertezza nei movimenti, apatia.

L'utilità che i bromuri hanno di scemare la eccitabilità dei centri nervosi riceve eziandio il plauso dal

(1) *Rosembach* — Contributo allo studio dell'azione antiepilettica de bromuro di potassio. (Neurol. Centralbl, 1881).

(2) *Voisin* — Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les affections nerveuses (Paris 1883).

(3) *Dagonet* — Maladies mentales — Paris — 1894.

B e c t h e r e w , il quale però vuol far tesoro degli studii del T o d o r s c k i (1), che dimostrerebbero come allo sviluppo degli accessi epilettici contribuiscano disturbi vaso-motorii cerebrali che avrebbero il carattere di una iperemia attiva della cavità cranica. Seguendo tale concetto il neuropatologo russo intende associare al bromuro l'adonis vernalis, affinchè le pareti vasali ne risentano l'azione e il lume dei vasi venga alquanto ristretto.

La breve esposizione che abbiamo fatto intorno l'azione dei singoli farmaci, componenti i due liquidi che formano oggetto delle nostre ricerche fa parte delle conoscenze che ci sono state di guida nella scelta dei malati e che è servita a farci studiare serenamente la particolare azione del rimedio del F l e c h s i g e di quello del B e c h t e r e w.

*
* *

Oggetto delle nostre ricerche sono stati ventisei epilettici, dei quali quattordici hanno seguito la cura del B e c h t e r e w , e dodici quella del F l e c h s i g.

Quasi tutti soffrivano la epilessia da tempo non breve; la cura a cui erano sottoposti durante la malattia consisteva in bromuri alcalini. Tale trattamento, in complesso, non aveva reso loro veri beneficii.

In ogni osservazione si terranno presenti le condizioni psico-somatiche, nelle quali lo infermo si trovava prima che intraprendesse la cura dei bromuri, le modificazioni che durante tale trattamento potessero avverarsi, i risultati che ne seguirono a cura sospesa, e finalmente il valore curativo spiegato dal metodo del

(1) *Todorscki* — Ueber die Blutcirculation im Grosshirn während der Anfälle exper. Epilepsie. Neurol. Centralbl, 1894, S. 834.

Flechsig, ovvero dal metodo del Bechterew. Sicchè il presente studio mira a conoscere non soltanto quali giovamenti siano in grado di produrre i due sopra menzionati metodi curativi in rapporto allo stato generale psico-somatico del malato, bensì quando la loro azione torni più efficace di quella spiegata dai bromuri alcalini, e quali circostanze si richiedano perchè sia lecito il consigliarne l'uso.

## Metodo curativo del Flechsig

*Oss. I. — Carmine D.* di anni 32, muratore. Cominciò a soffrire qualche rara convulsione epilettica alla età di dodici anni, qualche tempo dopo che ricevette un colpo di bastone sul capo. Le condizioni fisiche sono buone.

Le attività psichiche sono torpide: è ostinato, depresso, malinconico.

Entrato per la prima volta in questo Manicomio nel 1891, vi ritorna nell'ottobre del 1896.

Le convulsioni epilettiche, a cui andava soggetto prima che venisse sottoposto alla cura di bromuro, si ripetevano solo due o tre volte al mese; cifra che non si modificò durante tale trattamento (per otto mesi circa).

Gli si toglie il bromuro per una trentina di giorni ed ha due convulsioni soltanto. Intraprende la cura del Flechsig: si registrano tre convulsioni manifestatesi verso la fine della somministrazione dell'oppio. Sostituendo a questo il bromuro di potassio, così come prescrive il metodo in esame, non si è finora registrata convulsione alcuna, o altro stato particolare degno di venir preso in considerazione.

Psichicamente, in questo infermo, si scorge una evidente migliorìa.

*Oss. II — Giuseppe T.* di anni 26, calzolaio.

Soffre convulsioni epilettiche dall'età di sei anni.

Viene ricevuto in questo Manicomio nel luglio del 1896,

perchè incoerente, aggressivo, eccitabilissimo. Va soggetto a continui periodi di agitazione.

Le convulsioni epilettiche si ripetono in media da otto a dieci volte al mese. Sottoposto ai bromuri per più di sei mesi, le condizioni generali non danno segni evidenti di miglioramento.

Si sospende questa cura per circa due mesi. È sempre attivo, egoista, attaccabrighe, facile ad accendersi ed inveire contro chicchessia.

Gli si prescrive la cura del Flechsig.

Durante la somministrazione dell'oppio ha sei convulsioni epilettiche. Il passaggio dell'oppio al bromuro non dà alcun particolare degno di nota.

Nel primo mese di trattamento con il bromuro di potassio presenta due convulsioni solamente. Altrettante se ne verificano nel secondo mese, e sono, al dire dello infermo medesimo, leggerissime.

Egli è discretamente ordinato nelle facoltá mentali.

Ricorda spesso la famiglia e chiede di ritornarvi.

È meno suscettibile, sta tranquillo.

Finita la cura permane il miglioramento riportato.

*Oss. III* — *G. I.* di anni 50, contadino.

Sta nel Manicomio sin dal 1888. L'epilessia si manifestò qualche tempo dopo che egli subì un forte trauma al capo. Data da circa otto anni. Viene colto da convulsioni epilettiche, in media una diecina di volte al mese con vivissime e terrifiche allucinazioni visive ed auditive. Egli è sempre molto sospettoso, facilissimo a violente reazioni, impulsivo. Con la cura dei bromuri si riesce a ridurre lievemente il numero delle convulsioni.

La cura del Flechsig limita le convulsioni, che si verificano non più di due o tre volte al mese.

Le condizioni mentali sono un pochino migliorate.

È piuttosto calmo, e tollera molto più facilmente che non prima gli stimoli esterni.

*Oss. IV.* — *Alessandro V.* di anni 35, sagrestano. Entra nel Manicomio nell'agosto del 1896. Soffre convulsioni

epilettiche da più di sei anni. Sono frequenti : in sole 24 ore sono arrivate a ripetersi per sedici e più volte ancora.

É irritabilissimo, violento. La cura bromica protratta per mesi non attenua la frequenza nè la gravità delle convulsioni. É in uno stato quasi continuo di agitazione.

Gli si prescrive la cura del Flechsig. Con essa le convulsioni si fanno piuttosto rare ( due a tre al mese ), il contegno del malato è più mite, tranquillo. Le condizioni psichiche sono discretamente ordinate.

*Oss. V. — Luciano B.* di anni 25, contadino.

Si riceve nel Manicomio nel 1891. Soffre convulsioni epilettiche da due anni. Il suo stato mentale è abbastanza indebolito. Di tanto in tanto ha scatti impulsivi ed offensivi. Le convulsioni sempre intense si ripetono, anche dopo la cura bromica, da sette a otto volte al mese.

Dietro la cura del Flechsig non se ne osservano più di due. Esse sono meno gravi.

Le condizioni mentali rimangono fiacche, nè le tendenze impulsive si sono moderate.

*Oss. VI. — Giuseppe La P.* di anni 30, contadino. Entra per la prima volta nel Manicomio nel 1889 , e vi ritorna nel 1893.

Soffre convulsioni epilettiche dall'età di quindici anni. Esse sono gravi, si ripetono circa dodici volte al mese e vanno accompagnate a disturbi allucinatorii terrifici della vista, che si verificano anche all'infuori delle convulsioni.

La cura bromica da principio pare che giovi molto, sospende le convulsioni ; ben presto però ritornano più gravi e più intense.

Le facoltà mentali sono offuscate. Si hanno frequenti periodi di viva agitazione.

Con la cura del Flechsig si riesce a scemare gradatamente il numero delle convulsioni ( sino a verificarsene soltanto una in circa settanta giorni ). Sono scarsi i periodi di eccitamento.

Le condizioni mentali però sono rimaste sempre meschine.

*Oss. VII. — Costanzo T.* di anni 32, contadino. Sta nel Manicomio dal maggio del 1893.

L'epilessia si manifestò in lui all'età di 13 anni sotto forma di assenze e vertigini. Seguirono veri attacchi epilettici; tendenze omicide, impulsività.

Sono bene rappresentate in lui diverse note antropologiche degenerative, non escluso il mancinismo.

Gli attacchi epilettici sono preceduti da uno stato di forte eccitamento, e seguite da un lungo periodo di prostrazione. Si ripetono ogni due o tre giorni: frequentissime sono le vertigini.

La cura con bromuri non riesce a migliorarne le condizioni.

Egli è torpido nelle sue facoltà mentali, ama la solitudine, si mantiene triste, depresso. Ha coscienza del male che lo travaglia.

Si sottopone alla cura del Flechsig.

Gli attacchi epilettici divengono meno frequenti e meno intensi. Permangono le vertigini. Le attività psichiche sono sempre obnubilate, depresse.

*Oss. VIII. — Amato M.* di anni 38, bracciante. Gli attacchi epilettici si manifestarono in lui mentre stava al servizio militare.

Entra nel Manicomio nel settembre del 1896.

Condizioni fisiche meschine. Ha gravi e frequenti attacchi, seguiti da sonno comatoso. Spesso si ripetono in un giorno per cinque o sei volte. L'individuo rimane in uno stato di profondo abbattimento.

Gli si somministrano i bromuri con poco felice risultato.

La cura del Flechsig smorza per qualche tempo la frequenza degli attacchi. Le condizioni mentali dell'infermo allora sembra che migliorino, quando ad un tratto sopraggiungono nuovi e violentissimi attacchi epilettici (sino a diciotto nelle 24 ore), che lo tormentano orribilmente.

Egli cade in un sonno profondo morboso. Quando veglia può muoversi a stento, non intende, non parla, non percepisce stimolo di sorta. Rimane intontito più del solito.

Lo stato delle attività mentali è ancor più misero di prima.

*Oss. IX. — Pasquale M.* di anni 25, contadino. Entra nel Manicomio nell'aprile del 1891.

Soffre l' epilessia sin dall'età di cinque anni.

Attacchi epilettici frequentissimi ed intensi, che non gli lasciano tregua, sono preceduti da forte eccitamento, durante il quale commette stranezze d' ogni genere, atti violenti ed offensivi. Condizioni mentali povere.

La cura bromica riduce soltanto le frequenza degli attacchi a cinque, sei, per ogni mese.

Con la cura del Flechsig gli attacchi diminuiscono ancora di numero, ma tale benefizio viene cancellato dalla maggiore intensitá con cui si avverano. Le fasi di eccitamento sono smorzate. Condizioni mentali come in precedenza.

*Oss. X. — Domenico D.* di anni 40, contadino.

Si riceve nel Manicomio nel gennaio del 1897.

Soffre convulsioni epilettiche dall'età di 15 anni.

Si ripetono con notevole frequenza. È cattivo, irruento, ha tendenze sanguinarie.

Condizioni mentali disordinate, è incoerente.

Il continuo replicarsi degli accessi epilettici, lascia l'infermo in lunghi periodi di semistupore.

Gli si prescrive il bromuro per diversi mesi. Non se ne ricava giovamento di sorta.

Si sottopone al trattamento Flechsig.

Le convulsioni permangono; talora si ha qualche settimana in cui non se ne verificano, ma ben presto si ripetono molte volte in uno stesso giorno. Le condizioni mentali non si modificano.

*Oss. XI. — Nicola di C.* di anni 32, calzolaio.

Sta in Manicomio dal luglio del 1894.

Soffre epilessia da quasi sette anni.

Ha assenze, vertigini frequentissime, rare convulsioni.

Presenta anche periodi di forte agitazione.

È molto disordinato, confuso, torpido nelle facoltà mentali.

Con l'uso dei bromuri si sono avute modificazioni insignificanti nello stato generale dell'infermo.

La cura del Flechsig in questo caso non ha miglior fortuna.

*Oss. XII. — Giovanni A.* di anni 27, facchino. Entra nel Manicomio nel giugno del 1891. All' età di dieci anni

si annunziarono le convulsioni epilettiche. Da allora, il suo carattere è andato rendendosi sempre più difficile. Egli è aggressivo e oltremodo feroce, ha tendenze sanguinarie. Ha frequenti assenze, accessi vertiginosi e impulsi irresistibili. La cura del Flechsig, come pure la cura bromica che la ha preceduta, non riescono a modificarne, sia pure lievemente le condizioni.

## Cura del Bechterew

*Oss. XIII.* — *Luigi M.* di anni 13, pastore.

Entra in Manicomio nel gennaio del 1897.

Circa tre anni or sono, subita una forte paura, si manifestarono le convulsioni epilettiche. Esse sono frequentissime ed intense, precedute da violenta agitazione e allucinazioni terrifiche visive; sono seguite da sonno profondo, comatoso. Stato mentale molto accasciato.

Gli si prescrive il bromuro per circa quattro mesi.

Le convulsioni sempre gravissime si ripetono per venti e più volte al mese. Sempre fiacche le attività psichiche.

Si sottopone alla cura del Bechterew.

Il numero delle convulsioni diminuisce gradatamente (2 a 4 al mese), sono meno intense, e le violente agitazioni sono scomparse.

*Oss. XIV.* — *F. S.* di anni 44, sarto.

Entra nel Manicomio di Aversa nel 1870. Nel 1883 viene ritirato in questo Asilo.

È sordomuto: le convulsioni epilettiche si manifestarono quando aveva 17 anni, e si ripetevano in media un dodici volte al mese, accompagnate sempre da fasi di eccitamento.

Diverse volte è stato sottoposto alla cura del bromuro, dietro la quale l'infermo non ha più presentato periodi di agitazione.

La cura Bechterew rende le convulsioni lievissime e il numero di esse viene anche notevolmente ridotto (solo due nel corso di quattro mesi).

*Oss. XV.* -- *Giovanni de R.* di anni 34, barbiere.

Si ammette in Manicomio nel febbraio del 1895. Da quasi un decennio soffre l'epilessia.

É molto emotivo, ha esagerati i sentimenti religiosi; idee deliranti di persecuzione, impulsi, tendenze aggressive ed omicide. Lo travagliano intense convulsioni ripetentisi da ventiquattro a ventisei volte in ogni mese. Ha per molto tempo usato il bromuro, senza che il suo stato generale venisse modificato.

Risente giovamento dalla cura del Bechterew. Le condizioni mentali sono così come erano precedentemente.

*Oss. XVI. — Giovanni Z.* di anni 29, legatore di libri. Entra nel Manicomio nel luglio del 1888. Soffre frequenti convulsioni epilettiche, da circa otto anni, collegate a fasi di eccitamento e tendenze pericolose. Con l'uso ripetuto dei bromuri si è visto ridotto il numero delle convulsioni.

Riduzione abbastanza transitoria, in vero, giacchè pochi giorni dopo sospesa la cura bromica sono ritornate piu frequenti e più gravi di prima. Migliore risultato pare siasi ottenuto, mercè lo impiego del liquido del Bechterew.

Le convulsioni, a mano a mano sono scemate d'intensità e di numero; tali vantaggi (a cura sospesa) si sono mantenuti.

*Oss. XVII. — Lorenzo R.*, di anni 26, contadino. Sta in Manicomio dal 1893.

Soffre attacchi epilettici da circa cinque anni.

Non vi sono disordini sensoriali, nè delirii.

É però di una aggressività feroce nei periodi di eccitamento.

Ha intrapreso parecchie volte la cura dei bromuri, e le sue condizioni sono rimaste le stesse.

Dietro la somministrazione del liquido di Bechterew si vede ridotto il numero degli attacchi epilettici, ed in seguito se ne allevia la gravità.

Anche le fasi di eccitamento sono alquanto smorzate.

*Oss. XVIII. — I. M.*, di anni 34, contadino. Entra in questo Manicomio nel luglio del 1895. Soffre intensi e frequenti attacchi epilettici da circa quattro anni.

Le sue facoltà mentali sono depresse.

Alquanto sciupato è anche il suo fisico— Ha usato varie

volte la cura bromica, ma sono rimaste invariate le sue condizioni. Si sottopone alla cura del Bechterew.

La frequenza degli attacchi viene alquanto ridotta, non così la intensità di essi, che anzi si manifestano molto più gravemente.

*Oss. XIX — Michele T.....*, di anni 42, contadino.

Si riceve nel Manicomio nel Gennaio del 1897.

Le convulsioni epilettiche si manifestarono in lui cinque anni or sono. Si verificano in media un paio di volte al mese. Con l'uso del bromuro di potassio si ripetono lo stesso.

Il liquido del Bechterew non ha diverso risultato. Solo le condizioni mentali mostrano risentirne un leggiero beneficio.

*Oss. XX — Pasquale S....*, di anni 25, facchino. Entra in Manicomio nel Settembre del 1896.

Dall'età di dieci anni, dietro un forte spavento, soffre attacchi epilettici frequenti quanto intensi. Presenta anche un continuo stato di eccitamento, disordini sensoriali allucinatorii ed illusionali, tendenze aggressive.

Non riuscendosi a migliorarne le condizioni con l'uso del bromuro, si è sperimentato il liquido del Bechterew, senza che però si riuscisse a registrarne giovamento.

*Oss. XXI. — Luigi. P.*, muratore di 27 anni.

Sta in Manicomio dal novembre 1893.

Presenta parecchie note antropologiche degenerative, non escluso il mancinismo.

Stando al servizio militare subì un'operazione chirurgica in una mano. Poco dopo si manifestarono convulsioni epilettiche violentissime.

Il suo stato mentale è continuamente eccitato: ha scatti impulsivi e tendenze aggressive. Nè i bromuri semplici, nè il liquido del Bechterew riescono a migliorarne le condizioni generali.

*Oss. XXII. — Alfonso S.*, di anni 24, portinaio.

Entra nel Manicomio nel 1890 e vi ritorna nel 1892.

Dall'età di 14 anni soffre attacchi epilettici.

Si presenta minaccioso, aggressivo, delirante.

Gli attacchi si ripetono sino a quaranta volte al mese. Con l'impiego dei bromuri si riesce a mitigarne la frequen-

za (otto a dieci al mese). Sempre però sono violentissimi. A cura bromica sospesa ritornano come prima.

Si ricorre alla cura del B e c h t e r e w , la quale dá lo stesso risultato che aveva prodotto la cura bromica semplice.

*Oss. XXIII. — Luigi B.*, di ignoti, di anni 21, contadino. Si riceve nel Manicomio nel marzo del 1897. Oltre all'epilessia presenta idiozia. Bambino soffrì convulsioni eclampsiche. È tormentato da continue vertigini che si ripetono quasi quotidianamente e in gran numero.

Soffre anche qualche convulsione.

Nè la cura col bromuro, né il liquido del B e c h t e r e w son bastati a dargli giovamento.

*Oss. XXIV. — Aniello F...* di anni 27 , musicante. Entra in Manicomio nel Luglio 1885.

Soffre convulsioni epilettiche sin dall' infanzia.

Si ha un certo arresto di sviluppo nelle facoltá mentali.

Più che da convulsioni è tormentato dalle vertigini. Parecchie volte è stato sottoposto a cure bromiche , senza buon risultamento.

Anche la cura B e c h t e r e w si dimostra inefficace.

*Oss. XXV — Matteo M.....* , di anni 26. , calzolaio.

È stato ammesso nel Manicomio nel luglio del 1887.

A cinque anni, dietro grave malattia, che non ci è dato precisare, rimane cieco d'un occhio , sordo e muto. Più tardi (a 14 anni) si manifestarono convulsioni epilettiche, accompagnate da fasi di eccitamento. Le funzioni psichiche sono infelicissime. Nè col bromuro di potassio, nè con la cura del B e c t h e r e w si riesce a migliorarne le condizioni.

*Oss. XXVI — Raffaele di G.*, di anni 30, contadino. Sta nel Manicomio dal marzo del 1897. Soffre da otto anni vertigini, assenze e rare convulsioni epilettiche. Nel corso di ogni mese non ha mai sofferto più di una o, tutt'al piú, due convulsioni. Egli è sempre intontito, tutte le sue funzioni mentali sono obnubilate.

Da questo stato non si riesce a sollevarlo in alcun modo.

Anche la cura del B e c h t e r e w rimane senza alcun risultamento.

∴

Riassumendo:

*Col metodo del Flechsig:*

Scompaiono o più esattamente si rendono lontane le convulsioni epilettiche, manifestatesi in un individuo (bene costituito mentalmente e fisicamente) qualche tempo dopo che ricevette un trauma al capo, e nel quale, si stabilì anche una certa tendenza allo stato malinconico (oss. I).

Le fasi di eccitamento e la frequenza delle convulsioni diminuiscono in quegl'individui soggetti a preferenza a continui periodi di agitazione psico-motoria, non che a disordini sensoriali (oss. II, III, IV, VI).

Anche quando sono molto indebolite le condizioni mentali e le convulsioni sono intense e non rare, può ottenersi che venga attenuata la gravità e la frequenza delle convulsioni (oss. V).

Nei casi ove prevalentemente si registrano vertigini, assenze, ecc. non si ottiene alcun giovamento (osserv. VII, XI, XII).

Gl' individui che vengono assai spesso e con violenza colpiti da attacchi epilettici, sia collegati a fasi di eccitamento, sia seguiti da stato comatoso e profonda prostrazione, nei quali la cura bromica si è palesata inefficace, non risentono giovamento alcuno dalla cura del Flechsig, dietro la quale anzi si manifestano periodi, in cui gli attacchi si succedono in modo tale da costituire un vero parossismo, ripetendo ciò che il Trousseau (1) designò col nome di attacchi *embricati* (osserv. VIII), ovvero (oss. IX), qualora il numero ne venisse ridotto, ne risulterebbe notevolmente aggravata la intensità.

---

(1) *Trousseau* — Clinique médicale de l'Hotel Dieu, 1882, t. II.

∴

*Il liquido del* B e c h t e r e w:

Non mostra possedere alcuna efficacia nel caso in cui la malattia che data da non breve tempo, e che è sempre rimasta indifferente all'azione dei semplici bromuri alcalini, offra attacchi epilettici frequenti ed intensi, con continuo eccitamento, disordini sensoriali ecc. (oss. XX), o che inoltre l'infermo presenti rimarchevoli note antropologiche degenerative (oss. XXI).

Nè è dato confermare al liquido in parola virtù terapeutica su gli epilettici idioti, e su quelli aventi una costituzione organica cerebrale poverissima, sofferenti più che di convulsioni di continue vertigini (osserv. XXIII, XXIV, XXV, XXVI).

Anche quando si notano solamente leggiere convulsioni (oss. XIX), non si riesce a smorzarle, però in questo caso viene migliorato lo stato delle funzioni psichiche.

I frequenti ed intensi attacchi epilettici, che sono stati diminuiti con l'uso dei bromuri (oss. XXII), rimangono tali anche con la cura del B e c h t e r e w, senza che questa rechi ulteriori giovamenti.

Quelli poi che non si è riusciti a dominare, mercè lo impiego dei bromuri (oss. XVIII), diminuiscono di frequenza dietro la cura del B e c h t e r e w, ma poi viene aumentata la loro violenza ed intensità.

Le convulsioni che si ripetono molto spesso, collegate o pur no a eccitamento, disordini sensoriali, allucinatorii, ecc., è possibile che dietro la cura del B e c h t e r e w protratta per un periodo di tempo non inferiore a tre mesi, si rendano meno gravi e meno frequenti (oss. XIV, XV, XVI, XVII).

Anche le fasi di eccitamento possono diminuire.

*
* *

Non volendo andare troppo avanti nel giudicare la virtù terapeutica dei due metodi qui sperimentati, ci limitiamo a constatare che in 26 epilettici che sopra abbiamo studiato, non se ne trova uno, che possa dichiararsi perfettamente guarito dalla epilessia. Dipenderà ciò forse dal fatto, che in quasi tutte le nostre osservazioni la epilessia esiste da molti anni, e ciò lascerebbe il dubbio che gli stessi rimedii applicati quando la malattia si era manifestata da poco, avrebbero per avventura potuto produrre in qualche caso risultati migliori.

Noi però torniamo a ripetere, che si è cercato di condurre il presente lavoro in maniera tale da costituirci un criterio il più che sia possibile esatto riguardo alla virtù terapeutica dei singoli metodi in rapporto alle condizioni generali psico-somatiche dei malati, e all'azione curativa del preceduto impiego dei bromuri.

Paragonando i risultati della cura del Flechsig e di quella del Bechterew ai dati dalla cura bromica, viene chiaro come in generale lo impiego del liquido Bechterew produce risultamenti che in buona parte somigliano a quelli osservatisi dietro la somministrazione dei semplici bromuri alcalini.

Il metodo curativo del Flechsig invece per i suoi effetti, mostrasi meno di rado superiore alla cura bromica.

*
* *

In conclusione:

1.° E' utile sperimentare la cura del Flechsig o quella del Bechterew anche nei casi, in cui viene constatata la inefficacia dello impiego del semplice bromuro.

2°. L'uso del metodo del Flechsig è da preferirsi a quello del Bechterew, nei casi in cui la la malattia data da molti anni od è costituita da violenti attacchi epilettici con agitazione continua, disordini sensoriali, ecc., collegata o no a notevole indebolimento delle facoltà mentali, ma rimasta sempre indifferente all'azione delle cure bromiche.

3.° Talora solo le condizioni psichiche degli epilettici risentono il beneficio della cura del Flechsig o della cura Bechterew.

4°. Tali metodi curativi in generale riescono a calmare le fasi di eccitamento, e non di rado diminuiscono il numero delle convulsioni.

5.° Si palesano inefficaci per combattere le vertigini e le assenze.

6.° L'epilettico, che ha tendenza allo stato malinconico, con la cura del Flechsig, migliora le sue condizioni mentali e anche le convulsioni si allontanano.

*Manicomio Provinciale di Brescia*
*diretto dal Dott.* G. Seppilli

CONTRIBUTO CLINICO

SUI RAPPORTI FRA

# PARANOIA ACUTA ED OSSESSIONE

PEL

DOTTOR GIUSEPPE TONOLI

Medico-Aiuto

Ben di rado il medico ha la fortuna di cogliere un' affezione nel suo primo inizio o ne' prodromi stessi del male, con quanto danno della profilassi e della terapia, ognuno può immaginare.

Quando poi si tratti di malattia mentale, ciò accade con maggior frequenza, sia perchè sfuggono agli occhi dei profani i primi mutamenti nel carattere e nelle abitudini, sia perchè il Manicomio é l' ultima ratio cui si ricorre nel trattamento de' poveri alienati.

Pure, se non ci è dato sempre assistere all' inizio d' una malattia, talora può darsi che sotto la nostra osservazione si svolga dalla esistente una nuova forma morbosa affine alla prima tanto che appena se ne distingue per grado. Tale appunto è il caso che noi prendiamo a descrivere.

Il giorno 21 Luglio u. s. veniva accolta in questo Stabilimento una ragazza di buona famiglia, accompagnata dalla diagnosi di Paranoia acuta.

Il primo aspetto della malata, l' impressione che ne provammo, certi fenomeni affatto speciali, ci inducevano a dubitare di detta diagnosi; tenemmo quindi l' ammalata in osservazione.

Al suo ingresso la paziente appariva in poco liete condizioni generali: numerose pustolette di acne ci indicavano il genere di cura cui s' era sottoposta, i lineamenti rigidi, quasi maschili, suggerivano l' idea d'uno stato degenerativo.

Ma procediamo per ordine: il contegno della malata, sebbene alquanto strano, era tranquillo: rimaneva a lungo chiusa in un deliberato silenzio che di tratto in tratto veniva rotto da un grido rauco, acuto, che si accompagnava ad un tic singolare, quasi l' ammalata vedesse o sentisse cose ripugnanti: benchè apparisse molto distratta, pure rispondeva sensatamente alle domande che le erano mosse, dimostrandosi in certo grado cosciente di quanto avveniva in lei e fuori di lei.

Delle notizie anamnestiche riferiremo quanto l' intelligente nostra malata racconta in una specie di autobiografia che le suggerimmo di scrivere appena fu migliorata de' suoi disturbi: non faremo poi che colmare le lacune da Lei lasciate, poche, ma per noi interessantissime.

L' ereditarietà è generosa: il padre fu per varii anni ricoverato in una casa di salute per Pazzia ipocondriaca grave: da questo lato ebbe uno zio semimbecille, un cugino pazzo, parecchi individui tubercolotici, la nonna morta demente. Dal lato materno, parecchi individui neuropatici, un cugino in primo grado epilettico: matrimonii fra consanguinei negli antecedenti.

Ottima ragazza, di mente aperta ed istruita, dotata di squisiti sentimenti morali e religiosi, visse sempre la vita di famiglia cui dedicava ogni più delicata cura.

All' infuori della tenia, non patì malattie d'importanza. Ma lasciamo a lei stessa la parola:

∴

« Finalmente m'è venuto un pò di buon senso per « comprendere che io era ammalata mentre credeva « d'essere sanissima: ma intanto, quanta gente ho of- « fesa, incominciando dalla mia cara mamma e quanta « vergogna e spaventi ho subiti!

« Fin da quando era piccina, vomitavo con molta fa- « cilità: più tardi sono incominciate le mestruazioni con « forti disturbi gastro enterici tanto da far disperare « la mia povera mamma e tutta la mia famiglia: ma- « lattie lunghe con febbre, da stare in letto per molto « tempo, non ne ho mai fatte.

« Ero molto impressionabile per le malattie de' miei « e specialmente per quelle della mia sorellina che io « amava come fosse stata mia figlia. L'anno scorso, « essa ebbe il mal d'occhi, ed io fui consigliata di « condurla da uno specialista che l'avrebbe guarita in « pochi giorni. Da parecchi mesi la piccina soffriva, ed « io per l'ansietà di vederla guarita ve la condussi, non- « immaginando che il medico che curava la mia sorel- « lina, abitasse di fronte alla mia casa, e fosse proprio « quello che spesso mi appariva rosso rosso in viso e « mi metteva paura.

« Mia sorella lo riconobbe subito: io non l'aveva « ravvisato perché l'aveva veduto sotto un'altro aspet- « to: esso era burbero e non voleva mai darmi la ri- « cetta: io aveva molta soggezione di quel Signore, e « mi veniva la febbre quando dovea presentarmi a lui: « un giorno gli chiesi la ricetta, ed egli me la diede « dopo molte esitazioni, ciò che mi fece sospettare che « mi volesse sedurre, tanto più che nell'andarmene mi

« sembrava d'averlo visto bianco bianco come un cen-
« cio lavato. Non dissi nulla a mia mamma, ma evitava
« d'andare alla finestra per paura di vederlo: mi sem-
« brava che stesse al balcone con i suoi amici quando
« io pranzava, ma di quelli non sentiva che le voci, e
« non vedevo che quel Dottore lì bianco bianco in viso
« e senza baffi, e mi sembrava mi canzonasse e mi lo-
« dasse nel medesimo tempo.

« Era impacciata nell'attendere alle mie faccende do-
« mestiche, perchè credeva che mi osservasse continua-
« mente; avrei voluto chiudere le finestre, ma la mia
« mamma che non vedeva nessuno non voleva chiudere.

« Una sera, mentre stavo leggendo, vidi tutto scuro
« per un momento ed ebbi vomito senza però dar fuori
« il cibo: mi rianimai subito, e dopo mezz'ora l'ebbe
« mia mamma: credemmo fosse prodotto dalla mancan-
« za di respiro, e non se ne parlò più.

« Non fu che alla primavera che sentivo dei singhioz-
« zi che io attribuiva a quel signore che mi pareva mi
« osservasse nella mia camera dove tenevo chiuse er-
« meticamente le finestre quando andavo a letto: essen-
« do egli oculista, credevo che avesse qualche lente da
« veder dentro, e sentendomi dire delle parole offensive
« da'suoi amici, cominciai a piangere e ne parlai alla
« mamma ed al fratello, chiedendo che li volessero de-
« nunciare e che mi allontanassero per isfuggire a
« tutte le persecuzioni ed a' miei vicini che parlavano
« poco delicatamente di me.

« Fu allora che giudicai la mamma poco perspicace
« senza riflettere che l'offendeva molto: mio fratello
« fatte delle indagini seppe che quel signore era assolu-
« tamente incapace di farmi del male; ma mentre io vo-
« leva credere al bene, sentii un tonfo come di perso-
« na che fosse caduta dall'alto. Fu questo il mio pri-
« mo spavento. Quando fui alla stazione per partire,

« non sentiva che maledizioni anche nel momento in cui
« mi congedavo dalla famiglia, e salita che fui sul tre-
« no, credendo essere sfuggita ad un grave pericolo,
« dissi a mio fratello: « Questo si guadagna ad essere
« oneste! ». Lo sbuffare del treno lo credeva la respi-
« razione affannosa di quell'oculista che mi aveva te-
« nuto dietro e udivo le voci de' suoi amici che lo trat-
« tenevano come fosse divenuto matto, e mi sembrava
« che nel mio compartimento vi fosse la sua famiglia
« che chiedeva che mi prostituissi per farlo guarire, ed
« io ad ogni momento mi attaccava a mio fratello per-
« chè mi salvasse, mentre ei mi raccomandava la cal-
« ma assicurandomi che nulla aveva da temere finchè
« fossi con lui.

« Fu un viaggio brutto con una serie non interrotta
« di maledizioni e di paure. Giunta in A... raccontai
« tutto a' miei parenti: speravo di condurre fra loro
« una vita più tranquilla, ma la notte sentii degli urli
« di bestia che non mi lasciarono pigliar sonno. Al
« mattino venne dalla campagna una zia con due figlie
« sue che io abbracciai con molta effusione. Ma fu una
« gioia di breve durata, perchè sentiva delle voci di
« donne che tenevano il linguaggio delle *cocottes*
« e mi trattavano come una loro pari facendo anche
« il mio nome, mentre pareva che quel signore avesse
« da morire ad ogni momento.

« Lo zio chiamò il medico che guardandomi l'orec-
« chio mi disse che v'era molto cerume e che il gior-
« no dopo andassi a casa sua a farmelo levare: intan-
« to mi consigliò di fare una passeggiata. Tale gita fu
« per me un vero supplizio perchè mi pareva che tut-
« te le signore si allontanassero e che tutti gli uomini
« sparlassero di me, e sentiva gli urli di quel signore
« e le voci della sua famiglia che dicevano: « Muore

« a momenti ». Tali parole le sentiva ripetere dalla mia
« stessa cugina.

« La notte non dormii un istante, perchè sentivo al
« piano superiore urli continui, ed ogni momento guar-
« dava la mia zia per vedere se per caso fosse lei:
« mangiavo poi con esitazione perchè temeva che in o-
« gni vivanda vi fosse l' oppio per farmi dormire. Le
« voci continuavano a dirmi di odiare la donna di ser-
« vizio, perché mi voleva disonorare e perché era ma-
« dre di quel signore e che la casa dove abitavo era
« di sua proprietà, sicchè io guardava tutto con rabbia.

« La mattina, cominciatomi il singhiozzo, decisi d' an-
« dare dal medico, e lungo la via udivo delle voci di
« donna che mi dicevano che andava a far del male,
« mentre le signore si allontanavano.

« Dal medico stesso vidi due donne che presi per
« due scostumate: entrata nel gabinetto suo, mi fece
« un esperimento che mi provocò delle convulsioni: e-
« mettevo degli urli involontarii e non potevo più cam-
« minare; non mi fece per quel giorno la lavatura del-
« le orecchie perchè temeva che mi addormentassi. Al
« ritorno mi sentiva dire ch' era una ragazza onesta
« e che quel signore mi avrebbe lasciata in pace. Più
« tardi, sentendomi ripetere sempre le medesime offese,
« pregai i miei zii che mi conducessero in campagna;
« ed essi, pur di vedermi queta, accondiscesero: ma an-
« che durante questo tragitto, sentivo dalla bocca di
« mia cugina stessa ch' io ero disonorata, e che io por-
« tavo con me il frutto del mio disonore.

« Cominciai a istupidirmi e non capire in che mondo
« fossi, e da quel momento non conobbi più mia cugi-
« na e presi ad abborrirla perchè la credeva apparte-
« nente alla famiglia di quell'oculista.

« Il medico mi levò in campagna il cerume dalle o-

« recchie e durante l'operazione sentivo dirmi: « ma
« quella ragazza è fatata! ». Speravo di guarire per-
« fettamente perchè mi levò una bestiolina nera, ma le
« voci mi seguivano sempre, ed erano voci offensive e
« difensive nel medesimo tempo: oltre a ciò non cono-
« scevo più alcuno dei miei parenti, credevo che vo-
« lessero far di me una prostituta, e che alcune delle
« mie cugine fossero *cocottes*: ero inquieta coi miei zii
« che mi lasciavano offendere e non sapeva più in che
« mondo fossi: altre voci ancora mi gridavano: « sia-
« mo tuoi amici, siamo dottori, ti abbiamo rispettata,
« sei onesta e rimarrai sempre onesta », e poi « sei
« una vespa deleteria, sei una Cassandra; pensa che in
« questo mondo tutto è materia! ».

« Il viaggio da A... fin qui fu anche più brutto del
« primo. Udivo dire che volevano uccidermi per salvare
« un'anima dalla prostituzione e sentivo odore d' oppio
« dappertutto, perfino sul guanciale su cui io riposava.

« Ogni momento credevo fosse l'ultimo, e mi si po-
« neva il dilemma « o una schioppettata o il veleno ».
« Due viaggiatori li avevo scambiati per due becchini,
« e vedevo mio zio e mio cugino di color cadaverico.

« Qui giunto i miei m'abbandonarono, ed io sentivo
« dire da ogni parte « Muori, maledetta! porti la dis-
« grazia con te, tuo fratello non ti vuol più vedere,
« tua madre t'ha ripudiata, ed hanno autorizzato i si-
« gnori S... a farti morire perchè sei indegna di vi-
« vere, sei l'obbrobrio della religione, non meriti nem-
« meno che la terra ti ricopra », ed altre parole da
» farmi disperare.

« All'ora del pranzo non dovevo mangiare nè for-
« maggio, nè frutta, nè pane, nè vino, sempre, secondo
« le voci, perché quei cibi mi rendevano più sensuale.
« Un momento mi si diceva di correre da loro (quelli
« che mi parlavano) che mi avrebbero salvata; un

« momento mi dicevano di rimanere dov'era, ed io non
« sapeva più a che santo votarmi, e non poteva mai
« trovare riposo.

« Cominciai a comprendere ch' era tutta fantasia
« quando la signora F.. mi disse: « Stupida, credi
» mio marito capace d'ammazzarti? ». A poco a poco
« cominciai, a ragionare a comprendere che assoluta-
« mente tutto ciò non poteva esistere e che era una
« malattia prodotta da indebolimento di nervi e che qui
« sono venuta per guarire ».

⁂

Tale è la storia scritta d'un sol fiato dalla stessa malata appena questa incominciò a sentirsi meglio: rispecchia quindi ancora quello stato di leggera incertezza, di disordine, naturale in chi, uscito fuor dal pelago dei disturbi psichici e sensoriali, non s'è ancor riavuto, e pena a raccogliere e coordinare esattamente le proprie impressioni, i proprii ricordi.

Abbiamo accennato a ciò che l'ammalata presentava al suo ingresso: crediamo però utile insistere sul fatto che dessa, se non aveva piena coscienza della propria personalità, pure riconosceva la morbosità di certi fenomeni: ma questi erano ancora così insistenti, intensi, da toglierla quasi dal mondo esterno ed assorbire tutta la sua attenzione.

Prima di passare a descrivere il decorso dell' affezione, faremo precedere alcuni dati risultanti dall' *esame fisio-antropologico*.

Nutrizione generale deficiente, mucose visibili piuttosto pallide, pannicolo adiposo assai scarso; sottili e floscie le masse muscolari. Organi del respiro e del circolo e loro funzioni pressochè normali; solo durante la

cura apparve notevole iperidrosi alle regioni palmari, per cui la malata aveva sempre umide le mani: tale fenomeno si verificava anche al viso, massime al naso ed al solco naso-labiale. Vulnerabile invece in modo speciale è l'apparato digerente: la lingua è lievemente impaniata; anoressia e stipsi quasi costanti, e di tanto in tanto conati di vomito, disturbano evidentemente la nutrizione della malata.

I visceri addominali null'altro presentano di patologico: solo una certa dolorabilità si nota alla pressione moderata sulle ovaie. Menstrui regolari.

Sonno breve, superficiale, interrotto da sogni ed impedito da disturbi sensoriali.

La sensibilità tattile, più o meno delicata nelle varie regioni, si conserva sempre nei limiti del normale: preciso il senso di localizzazione. La sensibilità dolorifica è attutita agli arti superiori, in modo manifesto alla regione dorsale d'ambo le mani. Esatta la termica, un po' meno la barica.

Attualmente nell'organo della vista si osserva notevole miopia d'ambe le parti, visione distinta dei varii colori e loro finissime gradazioni, campo visivo un po' limitato superiormente, del resto normale. Nessuna illusione, nè allucinazione, che però si presentarono per il passato. L'udito è fine, ma la sua funzione è disturbata da fatti allucinatori pressochè costanti. Così anche l'olfatto ed il gusto, che pure le servono benissimo, le danno allucinazioni strane (odore di oppio, ecc.).

Fra le sensazioni subiettive abnormi, dobbiamo noverare quella di un serpe, che sale dal ventre alla testa, per poi discendere e risalire ripetutamente.

Motilità volontaria conservata, facile la passiva; l'automatica è specialmente segnata dal tic già descritto e presto scomparso.

I reflessi tondinei (patellare, clono del piede) un po' esagerati; così dicasi del palpebrale e del timpanico.

*Misure antropometriche*: Statura metri 1,53. Grande apertura metri 1,52.

*Misure craniometriche*:

| | | |
|---|---|---|
| Diametro antero posteriore massimo | mm. | 193 |
| Diametro trasversale | » | 152 |
| Diametro bifrontale minimo | » | 110 |
| Indice cefalico | » | 78.8 |
| Circonferenza | » | 530 |
| Semicurva anteriore | » | 285 |
| Semicurva posteriore | » | 245 |
| Curva longitudinale | » | 340 |
| Altezza della fronte | » | 75 |
| Lunghezza | » | 170 |
| Altezza della faccia | » | 190 |
| Diametro bizigomatico | » | 122 |

Colorito della pelle bruno e un po' pallido: sulla fronte e sulle gote, florida eruzione di acne bromica; capelli lunghi, abbondanti, neri; nerissime e folte le sopracciglia che s'incontrano alla radice del naso: questo per forma è regolare, ma per dimensione notevole; fina pelurie al labbro superiore. Rima palpebrale, leggermente obliqua verso l'interno e in basso: iridi castane, poco reagenti agli stimoli luminosi e dolorifici. Fronte ampia, un po' sfuggente all'indietro, neo presso l'arcata zigomatica sinistra. Orecchie regolari e ben piantate, nessuna asimmetria facciale. Dentatura normale; manca solo uno dei falsi molari da ogni lato, superiormente ed inferiormente.

Torace un po' stretto, mammelle poco sviluppate, flaccide.

Addome a pareti grosse e tese: abbonda il pelo alle

ascelle: arti superiori regolari, agl' inferiori alluce valgo ed accavallato all'indice.

.˙.

*Decorso.* — Rispetto alle condizioni mentali, la paziente, dopo essersi staccata con dolore dai suoi, rimase stazionaria per un paio di giorni: la nota dominante era costituita da una grande distrazione e dai fenomeni psico-sensoriali continui, formidabili.

Più tardi cercheremo indagarne il meccanismo etiologico; ci basti per ora di sapere che parecchi organi ad un tempo eran presi: illusioni della vista, allucinazioni acustiche, illusioni dell'olfatto. Tutto quanto le era dinanzi, sembravale oscuro, coperto di fumo o d'uno stesso colore: le faccie le parevano stravolte: voci di uomo e di donna le dicevano cose orribili, sconcie, la minacciavano nella reputazione e nella vita: l' olfatto pure era pervertito a segno da farle sentire dovunque odore di oppio.

Era naturale che la paziente volesse in qualche modo darsi una ragione di fatti tanto strani, e così hanno origine idee deliranti secondarie di cui ella medesima ben presto comprende tutta l' assurdità: pensa che la si voglia uccidere, o si cerchi di fare di lei una prostituta: essa è maledetta, indegna dei suoi e della religione: e tanto è il disgusto e l'orgasmo che in lei suscitano allucinazioni e delirio, da indurre, io credo, quel *tic* speciale di cui più sopra abbiam parlato.

Però tosto si corregge; insinuando in essa l' idea che tutto doveasi ritenere effetto d' una malattia che ben presto sarebbe guarita, si ottenne una remissione notevole ne' principali fenomeni.

Passava la giornata immobile, lo sguardo fisso, tutta assorta in sè come se fosse occupata da gravi pensieri:

sempre muta, serrava fortemente le labbra pel timore che le scappasse qualche sproposito: del resto indifferente a quanto la circondava, non dava segno della minima attività volitiva, mentre docile oltre ogni dire si prestava alle cure ed alle disposizioni del medico, dando prova di una grande suggestionalità che gioca al certo una parte non indifferente nella genesi di questa malattia.

L' intensità dei fenomeni allucinatori era assai varia e così la natura loro: spesso attraversavano inosservati la scena, mentre talora giungevano al punto che la malata cercava intorno a sè le persone o l' apparecchio che realmente parlasse, ed arrivò, avvilita, disperata da quanto le pareva udire, a minacciare il suicidio.

Ma non sempre le idee deliranti ripetevano dai fatti sensoriali l' origine loro: esse talora sorgevano per contrasto: così un giorno, parlandosi di certi suoi parenti tanto buoni in essa sorge l' idea di essere cattiva e rea di colpe orribili: bastava che ella stimasse una persona od una famiglia, per essere tratta ad offenderla in mille guise: che cercasse di pregare, perchè le venissero alla bocca bestemmie atroci contro la divinità.

Dopo una settimana la malata cerca un foglio e scrive a casa una lettera, che non possiamo a meno di riportare per la pittura vivissima che ci offre del momento psichico.

« Ti scrivo da B ... ove mi trovo in mezzo ad una « buonissima famiglia amica. Ma io mi porto malissimo, « perchè offendo prima di tutto l' ottima Signora F ... . « che io molto ma molto stimo. Poi offendo te buona, « ottima mamma mia, il mio buon fratello e la mia ca- « ra sorella che è un' anima innocente, con delle paro- « le oscenissime che mi vergogno di ripeterti.

« Ho offesi i miei buoni parenti di A .... che han

« passato per me delle giornate orribili, ho offesi insom.
« ma parenti ed amici, tutto quello che prima rispetta-
« vo, e prima d'ogni altro il mio buon padre: sono sta-
« ta proprio una figlia indegna della mia famiglia e del-
« la mia religione. Ti prego però di perdonarmi, perchè
« ho sbagliato molto molto, in parte per stupidità, in par-
« te per debolezza di volontà. Se non fosse per
« te, quasi quasi farei uno sproposito. ».

Come si vede, ora non muta la personalità della paziente: essa è la buona ed affettuosa figlia che, pur sentendosi stretta ad ingiuriare le persone più care al mondo, pure sa rendersi conto del suo stato, e se ne mostra tanto addolorata da desiderare la morte. La si dovette perciò tenere qualche notte fissata a letto con dei polsini e qualche altra sotto guardia; così venimmo a sapere che, svegliandosi, oppressa dal male, chiedeva d'essere ammazzata e sepolta nel cimitero accanto a' suoi.

Tale condizione di cose non poteva durare a lungo: potemmo assicurarci che tutto ciò era dovuto all'appressarsi del tributo mensile: ogni qualvolta in seguito durante il ricovero si veniva a tale ricorrenza, si poteva osservare una esacerbazione dei detti sintomi.

Fu appunto in uno di questi periodi che l'ammalata, durante il pranzo, tentò segarsi i polsi, impeditane però a tempo dalle infermiere: rinnovò più tardi il tentativo con uno spillone: che se ricorse a mezzi inadeguati e lo fece in circostanze che doveano impedirne l'esecuzione, non per questo dobbiamo ritenere ciò come una simulazione: si trattava di una specie di raptus in cui l'assenza di critica e di premeditazione la facevano mancare allo scopo.

È in questo periodo di esacerbazione, che scrive a' suoi una seconda lettera ove narra come non contenta di « oltraggiare gli altri, mi oltraggi ancora da me stessa:

« anche adesso mentre ti scrivo, penso delle porcherie.
« Non ne posso più, non ne posso più »

E qui spicca proprio il carattere della malattia: l'idea si impadronisce ne' deboli di spirito d' ogni facoltà della psiche, e, mentre un barlume di coscienza della primitiva personalità permane ad illuminare la triste situazione presente, esso non fa che rendere ancor più penoso lo stato di dedizione completa a pensieri, ad atti, cui quel pó di coscienza si ribella.

Ê allora che l'ammalato abbisogna dell' ausilio nostro: quando alla sua che è deficiente si sommi, si sostituisca quasi la nostra volontà, quando energicamente lo si richiami alla realtà delle cose, senza gran discorsi, ma con affetto e cercando le vie più accessibili del sentimento, allora avremo iniziata la più efficace di tutte le cure (1).

E che nel caso nostro sia riuscita, coadiuvata beninteso e da buon regime alimentare e da tonici e ricostituenti, stanno a provarlo le parole stesse della paziente che si afferma quasi guarita dai consigli d' una Signora a

---

(1) Il faudrait évidemment pouvoir recourir au traitement moral, qui est le seul vrai, quand il s'agit de maladies qui sont morales » scrive Pierre Ianet nella sua recentissima pubblicazione Néuroses et ideés fixes — Paris — Félix Alcan, 1898.

In questo pregevole libro, uscito quando già il nostro lavoro era alle stampe, noi troviamo un' osservazione che per molti punti si avvicina alla nostra: Una giovane sposa, avendo chiamato per un suo figliuoletto il medico del quartiere, ne resta invaghita, giunge a rappresentarsene a volontá l'imagine, a conversare seco lui: più tardi vien presa dall'idea fissa di aver commesso qualche fallo col dottore stesso e viene assalita da rimorsi.

Noi assistiamo alla trasformazione o meglio alla sostituzione di una nuova idea fissa alla primitiva: la stessa cosa forse, per qualche indizio che potemmo sorprendere, accadde alla nostra malata. Il Janet non si occupa che delle idee fisse associate a fatti isterici ed anche per questo lato la nostra inferma si avvicina ai casi studiati dall'eminente psicologo francese.

lei amica, che senza parere andava persuadendola trattarsi unicamente di fatti morbosi.

Tali stati per buona sorte non duravano a lungo: la nostra malata, appena finita la lettera in cui domina un senso così acuto di disperazione, rientra in sè: forse le dan tregua i suoi disturbi, forse ha giovato il dimostrarle impossibile mandare a mamma sua una lettera come quella: fatto si è che ne scrive immediatamente un' altra correttissima da noi mandata a destinazione.

Un terzo scritto pieno di pessimismo e di minaccie di finirla colla vita, segna un' esacerbazione dei fenomeni morbosi che nel frattempo s'erano impalliditi, segna l' avvicinarsi dell' epoca mestruale. Compaiono vomiti frequenti e conati di vomito appena dopo il pasto: la malata fugge all'appressarsi del medico, si fa più strana ancora che pel passato.

È interessante sentire ciò che scrive in questi momenti: « Mi sono prostituita mille volte e mi vengo sempre prostituendo ». Tale idea ricorre frequentissima in tutti i suoi scritti, in tutti i suoi discorsi: anche i fatti allucinatorii in gran parte si riferiscono alla vita sessuale: l' ammalata è preoccupatissima più che tutto del proprio onore: le voci, le idee dominanti riflettono sempre il dubbio, ingenerano in lei la certezza d' essersi disonorata.

Fu in quei giorni che esaminandone le feci, vi si osservarono notevoli grumi di muco e dei filamenti lunghi e resistenti che ad un esame accurato risultarono esser fili d' erba: la malata negava di averne ingeriti.

Passata la bufera, la nostra signorina torna tranquillissima, meno distratta: ricupera il sonno, l' appetito, il benessere in una parola, tanto che vien fatta uscire a passeggio per la campagna ed anche in città, vien alzata di buon mattino e condotta ne' campi a mangiar un pò d' uva: questa cura meglio d' ogni altra riesce a vincere la stitichezza ostinata.

D'ora in poi la malata scrive frequentissime lettere a casa e così corrette che vengono senz' altro messe in posta: la coscienza è più libera, più ferma la volontà, l' attenzione più desta: le allucinazioni uditive persistono ancora, ma lievissime tanto da non recare troppo disturbo: la malata s' interessa di letture e lavori che prima le riuscivano impossibili, e la ricorrenza mestruale passa senza gravi inconvenienti.

Qualche volta ancora la Signorina scoppia in risate, che dice causate da alcune parole che sente o che riflettono le sue condizioni passate o semplicemente dal ricordo della propria malattia.

Dobbiamo qui notare che sebbene l' ammalata si mostrasse molto suggestionabile allo stato di veglia, non ci riuscì con lei nessuna pratica ipnotica.

Così gradatamente si va ritornando a quello stato che per lei deve essere il normale: un pò strana e taciturna era sempre stata ma quanto v' era di morboso s'è dissipato e dopo oltre due mesi dal giorno in cui la paziente aveva lasciati desolatissimi i suoi, possiamo loro riconsegnarla pressochè guarita.

Notizie posteriori ci fan sapere come la Signorina si mantenga in uno stato mentale e fisico soddisfacente sotto ogni riguardo: si occupa assiduamente nelle faccende di casa, e non è disturbata che assai raramente da semplici fatti allucinatorii, ma tanto sbiaditi da non esercitare alcuna influenza sull' animo di lei.

* *
*

Considerzioni — In brevi parole: dall'incosciente sorgono delle idee che la malata per poco accarezza in segreto: finita per lei l'epoca dei sogni, incomincia quella delle aspirazioni: le tendenze, gl'istinti famigliari, la voce del sesso si fanno più vivamente sentire, e le idee, se tolgono dal

momento psicologico il colorito loro, dall'elemento costituzionale traggono gran parte della lor propria natura. Ben presto tali idee prendono sovra ogni altra il sopravvento, sono norma su cui la malata regola ogni suo atto: dapprima conservano un'apparenza che non è morbosa tanto che i famigliari prendono sul serio quanto dice la ragazza; ma difetta un fondamento qualsiasi di realtà: poi l'idea fa ogni giorno strada, s'impone alla coscienza della malata: entrano in scena e si accentuano l'ansia, i fenomeni sensoriali, e col crescere l'intensità di questi, la coscienza comincia ad offuscarsi, insorge il delirio.

Ma ciò non avviene che temporaneamente: dopo un breve stato di male che rassomiglia assai ad una crisi prolungata, succede una remissione dei sintomi più gravi: i fatti sensoriali persistono, ma impalliditi, la coscienza ritorna, la personalità si ricostituisce, e col migliorare delle condizioni fisiche in mezzo a crisi vere e novelle remissioni, s'arriva alla guarigione.

Nel principio della presente nota, abbiamo accennato alla titubanza nostra nell'ammettere la diagnosi di *Paranoia acuta*, pronunciata da alienisti distinti: egli è, che altro appariva il quadro morboso prima che la malata entrasse in questo istituto, del quale periodo a noi mancava perfino la storia, altro era il quadro quando cadde sotto la nostra diretta osservazione.

Ora che noi possediamo i documenti necessarii, se ci è permesso il parlare figurato, diremo che le linee generali, lo sfondo, eran gli stessi del precedente quadro morboso, variando soltanto l'intensità delle tinte: più cariche dapprima nella paranoia acuta, più sbiadite e dissolventisi nella forma successiva.

Così, riandati succintamente i fenomeni dell'affezione in discorso, dato un rapido sguardo alla storia della paranoia sulla guida della diligente Memoria dei Dottori

Tonnini ed Amadei (1), vedremo quale sia il posto che alla narrata sindrome morbosa legittimamente compete, mettendo in ispeciale rilievo, come sia avvenuto il passaggio dalla paranoia acuta alla guarigione attraverso un periodo di ossessioni: il carattere degenerativo che la malattia riveste.

Il brusco esordire, la violenza del delirio associato a fenomeni allucinatorii imponenti, la modificazione della personalità, l'ansia, i raptus frequenti, la rapida guarigione ci consigliano a far entrare senz'altro la fase culminante della malattia nelle forme paranoiche acute quali erano intese da Westphall, e che sino allora troppo facilmente venivano confuse colla mania, col delirio sensoriale, colla malinconia: egli osserva poi che alcune forme di paranoia sfuggono al marchio della degenerazione, di questa non hanno alcun carattere: ma non insiste troppo sull'interessante argomento; e ad onor del vero se pur talvolta ciò si verifica, nella massima parte dei casi, e specialmente nell'attuale, i caratteri psichici e somatici degenerativi sono troppo gravi e patenti per non indurci a ritenere come delle forme di paranoia acuta cosi dette psiconeurotiche, buona parte si accosti, buona parte rientri nelle forme di degenerazione.

A tale concetto si avvicina il Morel riconoscendo come momento etiologico predominante eredità di neuropatie, ipocondria, eccentricità.

Il Krafft-Ebing, esatto quando colloca nel gruppo delle degenerazioni psichiche la pazzia sistematizzata, ed allato di essa la pazzia per idee fisse, esattissimo quando di queste, separate dalla pazzia siste-

(1) La paranoia e le sue forme — Dottori Giuseppe Amadei e Silvio Tonnini. — Archiv. Ital. per le malattie nervose. Milano 1883.

matizzata arriva a farne un punto di partenza, una tappa verso la paranoia primaria, uno stato abortivo della medesima, é per lo meno poco chiaro quando vuole escluse dalle forme degenerative quelle acute guaribili e quant'altre avessero un'apparenza psiconeurotica.

La descrizione che il Mendel ci offre della paranoia allucinatoria, calza perfettamente col caso che ci intrattiene; ma egli pure mescola nella sua paranoia tanto le forme che si basano sovra elementi evidentemente degenerativi, quanto quelle che hanno un aspetto non degenerativo, e che per gli esiti e l'inizio loro non si allontanano dalle comuni psiconeurosi.

Una distinzione netta fu posta dai sopra citati Amadei e Tonnini: essi, sviluppando le idee di Westphal e di Mendel, dividono in due grandi categorie le paranoie: in *degenerative* e *psiconeurotiche*. Il caso che ci intrattiene ancor non trova fra di queste ultime il proprio posto; ché se pure ne ha l'esito, per la natura sua e per numerose manifestazioni (ereditarietá, fatti istero-neurastenici, debole volontà e facile impulsività, tic, idee di contrasto, ecc. ) va ascritto alle forme schiettamente degenerative. Del resto, la estrema facilità ad assumere le creazioni della sfera incosciente, l'incuria di ogni controllo e di ogni critica sono caratteri tutti paranoici e che non s' incontrano in altra malattia mentale. Se poi veniamo a trattare dell'ossessione, una schiera d'illustri, con a capo Charcot, Magnan, hanno in massima accolto e vigorosamente sostenuto, a proposito di stati psicopatici analoghi a quello testè descritto, il concetto della degenerazione.

Tra i nostri scrittori di patologia mentale, ben pochi sono di parere diverso: il momento etiologico predominante é a giudizio dei più autorevoli lo stato degenerativo, sia ereditario, sia, come in qualche caso ri-

scontrava il V e n t r a (1) acquisito: quest'ultimo, facile conseguenza di abusi di ogni sorta (sessuali, di alcoolici, ecc.) o di malattie infettive o di cause esaurienti, non è infatti troppo raro a verificarsi.

Però la successione morbosa apparirà, dirò così, facile e quasi naturale dopo che avremo passati in rivista punti che le due forme hanno comuni, la fase di transizione, i punti per cui si differenziano.

Già l'inizio delle due malattie si può dire comune: a parte il fondo degenerativo sul quale prosperano entrambe e di cui abbiamo trattato, noi vediamo che le idee della malata non ripetono l'origine loro da uno stato emotivo dell'animo, non sono cioè il prodotto di spiegazione di uno stato speciale della psiche, ma sorgono e si mantengono indipendentemente, anzi contro la volontà stessa della malata, che dapprima ne è sorpresa, poi disturbata e sgomenta. Tali idee strane ed assurde, il cui contenuto alle volte muta e si trasforma in relazione a fenomeni sensoriali, od a turbe della sensibilità organica, o venute dalla profondità della vita mentale incosciente, provocano nell'animo della vittima una reazione, che è diversa nei diversi individui a seconda dell'affinità fra il carattere della persona affetta e l'idea, a seconda dell'intensità della stessa o del sentimento che suscita.

Anche la reazione quindi è comune alle due forme almeno nei primordii: il malato, trovando assurde queste idee, discordanti col suo passato, colle sue credenze, col concetto della propria personalità, s'irrita, le respinge, felice quando sia riuscito momentaneamente allo scopo.

---

(1) *Ventra* — Manicomio Moderno. Anno IV. N. 3

La lotta caratterizza questo periodo: in prosieguo, o essa con varie vicende persiste finchè la vittoria rimane alla coscienza del malato, e così non entreremo in uno stato paranoico, sebbene alla paranoia assai simile: ci arresteremo alla prima tappa. O la lotta presto finisce per la debolezza dell'organismo psichico, o per l'imperfetto suo sviluppo, o pel concorso di fatti eccezionali del sensorio: la mente soccombe, accetta rassegnata il delirio, che talvolta con qualche modificazione, talvolta con nessuna, entra a far parte dell'organizzazione mentale, togliendo per quanto dura la malattia, la coscienza dello stato morboso.

Entrambe le fasi si succedettero nel caso nostro, e giustificata appieno riesce la primitiva diagnosi di paranoia acuta: se non che, scemata l'intensità dei fenomeni sensoriali e degli eccitamenti periferici, rischiarata un po' la coscienza della propria personalità, questa scuote il giogo, si riaccende più aspra la lotta che era solo sopita, e si ripete da ultimo quanto deve accadere all'inizio della forma mentale, che la vittoria arrida al malato: si ritorna a quello che spesso è, secondo Krafft-Ebing, il punto di partenza della paranoia alla pazzia per idee fisse.

Così sin dal primo giorno in cui avemmo la paziente in osservazione, sebbene ella non tenesse quel contegno che dovevasi aspettare da una signorina pari sua, nè di tutto si rendesse conto preciso, pure essa non ignorava d'essere malata, chiedeva di guarire: essa era cosciente non solo della assurdità delle idee passate, ma ancora di quelle attualmente dominanti; scriveva infine quelle lettere che a brani noi abbiamo riportate.

In una di esse la malata con tratto da maestra descrive la sua affezione come dipendente in gran parte da *debolezza di volontà*, confermando così le vedute del Billod, che più tardi nel suo lavoro su *Les ma*

*ladies de la volontè* il Ribot (1) stesso accoglie: tali vedute ricevettero infine dal Tamburini (2) la sanzione della sua alta autorità. Egli attribuisce un'importanza somma alla debilitazione della volontà nella pazzia per idee fisse e in quelle più specialmente che chiama coatte: questa facoltà, quale grado più elevato di progressiva evoluzione cerebrale é ovvio subisca in questi degenerati un arresto di sviluppo che appunto allo esterno si manifesta con gli atti impulsivi, nell' intimo della psiche colla lotta continua, atroce, dalla quale l'individuo esce addirittura fiaccato. Questi atti impulsivi, più subitanei ed irresistibili che nel paranoico non avvenga, non sono mancati nel caso nostro: per buona sorte, ove difettava l'organizzazione cerebrale, supplivano in parte le idee antagonistiche di ordine morale ch' erano il portato di un'ottima educazione: quando ancor queste riuscivano insufficienti, suppliva la sorveglianza delle infermiere a sventare i tentativi di suicidio.

Nella genesi della paranoia primaria Krafft-Ebing non diede ai fenomeni sensoriali l'importanza che ai medesimi venne poi riconosciuta: infatti non pochi autori, notando come spesso le idee deliranti sieno in relazione ed anche secondarie alle allucinazioni, vollero distinte le forme principali di paranoia in semplici ed allucinatorie: che tanto gli eccitamenti periferici, come le allucinazioni quando non siano vagliate dalla coscienza, possono provocare analoghe idee deliranti, veri delirii elementari, noi lo potemmo notare in una donna morta in questi giorni, in cui una precoce involuzione generale, una cirrosi notevole dei visceri principali e fatti irritativi enterici diedero origine ad idee deliranti ipocondria-

(1) *Ribot* — Les maladies de la volonté. Paris 1883.
(2) *Tamburini* — Sulla pazzia del dubbio con timore del contatto. Riv. sper. di Freniatria e Medicina Legale. Anno 1883.

che sistematizzate (delirio licantropico) con quella nota micromane speciale agli involuti.

Certo non van ritenuti i fatti sensoriali da soli capaci a provocare delirio: ma quando vi sieno altre circostanze favorevoli, sono d'importanza capitale.

Se un tempo alienisti di grido, convenuti a congresso, parvero concordi nell'escludere dal quadro delle idee fisse l'allucinazione mentre il solo Carpentier (1) parve volesse protestare, oggi, pel merito specialmente di Sèglas (2) s'è fatta tanta strada che, più non si discute sulla frequenza e sull'importanza delle medesime sieno esse primitive o secondarie, s'impongano cioè come allucinazioni ossessive, si palesino come ossessioni allucinatorie.

A vero dire, noi durammo fatica nei primi giorni a stabilire, se fosse il caso di parlare di allucinazioni vere e proprie. La malata dapprima riferiva tutto ad idee che sorgevano in lei spontanee e suo malgrado: non riusciva quasi ella stessa a differenziare quella che fosse idea viva intensa da arrivare sino alla rappresentazione, dalla allucinazione o sensazione costituita. Egli é che ciò si compiva per gradi, e coll'aumentare d'intensità dell'idea fissa, coll'accentrare in essa tutta l'attenzione volontaria disponibile, col graduale offuscarsi della coscienza, l'idea proiettandosi quasi all'esterno, prendeva corpo, si confondeva o meglio si tramutava in allucinazione nello stretto senso della parola. È il caso osservato dal Tamburini (3), di quel giovane studente che a furia di pensare al come al perchè dei biglietti di banca, giunse al punto di avere continuamen-

(1) Compte rendu du Congrès international de médecine mentale — Paris, 1889.

(2) *I. Sèglas* — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nervouses. — Paris, 1895,

(3) *Tamburini* — Loc. cit.

te innanzi agli occhi l'immagine di quei biglietti nelle loro varie forme e dimensioni.

Così, se fosse duopo, nuova conferma riceverebbero le vedute del Tamburini sulla genesi delle allucinazioni. Riconoscendo con lui che necessariamente debba sempre intervenire il centro corticale sensorio nella produzione di tali fenomeni, ancor quando il loro primo punto di partenza stia al di fuori dei centri stessi, noi troviamo che tale punto nel caso nostro non è affatto l'organo periferico del senso, ma l'eccitamento primo si manifesta nei centri dell'ideazione, e da questi si diffonde ai sensorii. Non solo: ma noi possiamo ancora comprendere come da ossessioni allucinatorie, quali dovevano essere dapprima, reso più facile e pronto il riprodursi dell'immagine, sia bastato a provocarne il ritorno un eccitamento ideativo minore e s' abbia infine potuta avere l'allucinazione spontanea, quale fatto ossessivo. Avviene in una parola ció che notava il Buccola (1) « tosto che l'eccitamento da una cellula si sarà traferito ad un'altra, lascerà tracce del suo passaggio modificando e rendendo più facile il cammino percorso e si diffonderà con minori ostacoli ».

In conclusione, se nella paranoia i disturbi sensoriali sono frequenti, quasi necessarii, nella ossessione sono non soltanto possibili, ma importanti: diremo di più che proprio in rapporto coll'intensità degli stessi e subordinatamente in relazione allo stato della coscienza, si potrà parlare di questa forma, piuttosto che di quella: diremo che questo è il punto di passaggio più evidente fra le due malattie in discorso, bastando una diversità nello stato della coscienza a farci passare dalla paranoia all'idea fissa.

---

(1) *Buccola* — Sulle idee fisse. — Rivista sperimentale di Freniatria, Anno 1880.

Universalmente si riconosce offuscata, o del tutto abolita la coscienza nella paranoia ancorchè acuta: questa ne sarebbe anzi una delle caratteristiche: ma in quanto si riferisce all'ossessione, la cosa é controversa assai. Per non citare altri, il Buccola (1) scrisse « che la psicologia sperimentale dimostra come l'intensità dell'idea stia in rapporto proporzionale coll' intensità della coscienza » e più esplicitamente « che l' esagerazione della coscienza favorisce la prod zione delle idee fisse ».

Ma il Sèglas (2) che splendidamente lumeggiava questo capitolo, non contento di far notare come durante le crisi ossessive venga ad alterarsi la coscienza della propria personalità, giunge a contestare perfino che negli intervalli di tregua gli ammalati d'ossessione siano perfettamente consci della natura morbosa dei fenomeni, cui vanno soggetti. « Per quanto, ei dice, il malato, giudicando estraneo un fatto del tutto subiettivo, sorto dall'intimità del suo essere psichico, abbia la nozione la più esatta possibile del suo carattere anormale, non é perció meno vero che questo malato non ha la nozione completa di tutti gli elementi che costituiscono in tale dato istante la sua personalitá individuale; in una parola, ch'ei non conservi intatta la sua coscienza personale ».

L'osservazione è sottile davvero, ma corrisponde pienamente a quanto noi medesimi abbiamo constatato, poichè la malata nostra, pure ammettendo come morbosi i fenomeni cui andava soggetta, se ne preoccupava talora non diversamente che se fosser stati reali, dinotando incompleta la coscienza della propria personalità. Di questa signorina si potrebbe dire come dell'ammala-

(1) *Buccola* — Loc. cit.
(2) *Sèglas* — Id.

to di Sèglas, ch'era cosciente da un lato com' era dall'altro nello stesso tempo incosciente.

Noi accordiamo al detto autore che il difetto di sintesi psichica, di attenzione, porti una disaggregazione psicologica tale da menare quasi ad uno sdoppiamento della coscienza: ma troviamo ancora evidente come fra lo stato della coscienza e l'intensità e frequenza dei fenomeni sensoriali, corra strettissima diretta relazione, e poniamo appunto in ciò il carattere differenziale positivo tra due forme che per tanti lati si assomigliano.

Così, ora che tutto tace, o le allucinazioni ossessive dell'udito si ripetono sbiadite ed a lunghi intervalli, la malata è ritornata padrona di sè, attende alle sue consuete occupazioni, sembra infine guarita, come a noi consta da ulteriori notizie.

Nell'analisi clinica delle paranoie si dà ancora peso non lieve alla limitazione di eccitabilità psichica o di attività associativa che appare ridotta, ristretta presso al circolo delle idee deliranti. Il fatto si ripete nell'ossessione: in essa la volontà non riesce a distorre l' attenzione dalle idee dominanti, che tutto hanno occupato il campo visivo della coscienza. Si ha uno sviluppo anormalmente intenso e circoscritto del processo di ideazione.

Al congresso testé tenutosi in Mosca, Vallon e Marie (1) insistono su questo fatto: secondo gli AA. le ossessioni vanno considerate come eccitazioni non diffuse all'insieme dei centri nervosi, ma irradiate parzialmente in un senso speciale: i fenomeni secondarii sono quindi più intensi quanto più l'irradiazione è limitata a tale determinata sfera.

Ma non basta: nella nostra paziente l'ideazione è an-

---

(1) Archives de Neurologie. Novembre 1897.

che formalmente alterata: come abbiamo notato e come risulta dalle lettere citate spesso le idee insorgono per contrasto. Il Raggi (1) dieci anni or sono, ne illustrava un caso classico, citandone altri meno tipici: è interessante seguirlo nelle sue osservazioni. Egli riconosce come tali idee, « sintomi di varie forme di pazzia, sorgano dall'incosciente e consistano in una lesione della volontà: talora di natura coatta, si verificano spesso in individui con caratteri degenerativi: qualche volta però si presentano anche in persone che si trovano in uno stato psichico normale: p. e. fissando un precipizio si sente l'impulso iniziale di gettarvisi dentro: ciò avviene in individui in cui è esagerato il sentimento della propria conservazione o in istati patologici mantenuti da terrori morbosi. Tale alterazione ha per base il rapporto d'antitesi, per cui all'idea del bene sottentra quella del male, all'idea del bello quello del deforme, e con tali idee i sentimenti che alle stesse corrispondono: ha una ragione nell'energia di certe associazioni e sta in rapporto alla vivacità del sentimento che va a suscitare (Sergi) (2), e sono ritenuti secondo Lombroso (3) come uno dei fatti d'esaurimento. »

Ma un fenomeno d'importanza capitale pel diagnostico della seconda fase della malattia, merita peculiare attenzione. Vogliamo dire del *tic convulsivo*. Esso pure, stimmata di degenerazione ereditaria (Magnan), è in connessione colla volontà che può fino ad un certo punto, come avviene dell'idea fissa, farlo tacere, abortire. Sua caratteristica è di accompagnarsi all'idea fissa, tanto che trovato l'uno è dovere cercare l'altra tic motori, tic delle idee). E' quanto divinava Gabrie-

---

(1) *Raggi* — Archivio italiano per le malattie nervose. Anno 1887. — Fenomeni di contrasto psichico in un'alienata.

(2) *Sergi* — La psychologie physiologique. Paris. 1878.

(3) *Lombroso* — Archivio di psichiatria. Scienze penali ecc. Vol VII.

le Buccola (1) « che la convulsione delle idee è l'equivalente nel dominio mentale della convulsione dei movimenti »; quanto oggi conferma E. Lugaro (2), ammettendo « si tratti di un'identità non in senso metaforico ma essenziale; e che i fenomeni suddetti sieno estrinsecazioni diverse di un medesimo stato elementare localizzato in neuroni che per la diversità dei loro rapporti anatomici hanno differente dignità funzionale ».

Assai spesso nei primi giorni del ricovero l' ammalata contraeva improvvisamente quanti muscoli mimici muovono la maschera umana, quasi le si sturasse sotto il naso una fiala d' ammoniaca: rovesciava la testa allo indietro, le palpebre ammiccavano fortemente, s' arricciava il naso, si torceva la bocca e la malata usciva in un grido rauco, acuto: il quadro, non c' è che dire, è completo, e se non si giunse alle ultime manifestazioni, alla copralalia, all'ecolalia, fu davvero un caso!

Noteremo ancora il senso d'angoscia che opprimeva durante le crisi la nostra povera signorina: non è dubbio che tale senso, sebbene comune ad altre forme mentali, sia caratteristico dell' ossessione fino al punto da venir preso come termine di classifica (Tamburini), o di denominazione (Dèlire emotif di Morel): e forse in quei stati depressivi, qualificati comunemente per malinconia ansiosa, noi siamo davanti ad una o poche idee deliranti che per molti riguardi (oltre che per l'ansia accompagnatoria) si avvicinano alle idee fisse.

Da ultimo la coincidenza non fortuita delle crisi coi periodi mestruali, viene a conforto parziale delle nostre vedute e dell'opinione del Freund, secondo il quale codesto stato emotivo è il sintoma principale di una ne-

(1) *Buccola* — Loco cit.

(2) *Lugaro* — Sulla mioclonia. Rivista patolog. nervosa e mentale. Anno 1896. pag. 394.

vrosi ansiosa da non confondersi colla neurastenia e che è di origine sessuale (coito riservato, impotenza relativa, eccitazioni insoddisfatte) (1).

Scopo della presente nota fu di mettere in luce:

1.° Il carattere degenerativo dell'affezione presa nel suo complesso.

2.° Come veramente s'abbia avuto un periodo di Paranoia acuta quale fu giudicata da alienisti distinti.

3.° Come in seguito la malattia corrispondesse al quadro preciso dell'ossessione allucinatoria con tutto il corteo dei sintomi suoi proprii.

4.° Analogia e differenze fra paranoia acuta ed ossessione allucinatoria.

5.° Come sia avvenuto il passaggio dalla paranoia acuta alla guarigione attraverso questo periodo di ossessioni con procedimento inverso di quel che suole avvenire (Krafft-Ebing, Ventra) (2) in altri casi: periodo di transizione in cui hanno massima importanza l'intensità dei fenomeni allucinatorii e subordinatamente ad essi lo stato della coscienza.

---

(1) *Dott. Sig. Freund* — Ossessioni e follie e loro meccanismo psichico. — Revue Neurologique. Anno 1895, 33 pag. e seg.

(2) A conforto della tesi sostenuta dal Krafft-Ebing, più probativa d'ogni altra sta un' osservazione riportata dal Ventra nel suo Studio Clinico sulle Idee fisse impulsive (Manicomio Moderno. Anno IV, N. 3): Trattasi d'un infermo soggetto dapprima a idee fisse: ripetutasi la medesima condizione morbosa nell'ultima ricaduta, i fenomeni psicopatici incominciarono a manifestarsi con semplice depressione del tono sentimentale: insorsero in seguito idee fisse semplici a contenuto ipocondriaco, che fissandosi con insolita vivacità nella coscienza, finirono per rimanere assimilate, trasformandosi in idee deliranti ipocondriache, avanguardia del delirio di persecuzione. Negli ultimi anni l' infermo era in preda a *paranoia persecutoria*.

# PARTE SECONDA

## RENDICONTO STATISTICO

**del Manicomio Interprov. V. E. II.**

# MOVIMENTO DEGLI ALIENATI

*durante il 2.° Semestre 1897*

| PROVINCIE<br>Consorziate, fuori consorzio<br>Enti morali e privati | | Esistenti al 30 Giugno 1897 | Ammessi nel 2° semestre 97 | Usciti nel 2° semest. | Morti nel 2° semest. | Esistenti al 31 Dicemb. 1897 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Avellino | u | 101 | 21 | 9 | 9 | 104 |
| | d | 47 | 11 | 5 | 3 | 50 |
| Bari | u | 110 | 26 | 3 | 6 | 127 |
| | d | 51 | 11 | 2 | 1 | 59 |
| Campobasso | u | 96 | 14 | 5 | 2 | 103 |
| | d | 52 | 4 | 3 | 1 | 52 |
| Cosenza | u | 89 | 11 | 2 | 6 | 92 |
| | d | 29 | 3 | 2 | » | 30 |
| Foggia | u | 79 | 10 | 3 | 3 | 83 |
| | d | 31 | 7 | 1 | 2 | 35 |
| Salerno | u | 132 | 37 | 23 | 4 | 142 |
| | d | 67 | 21 | 6 | 5 | 77 |
| Provincie fuori Consorzio | u | 7 | 6 | 2 | 1 | 10 |
| | d | 2 | » | 1 | » | 1 |
| Enti morali | u | 4 | » | 1 | » | 3 |
| | d | » | » | » | » | » |
| Privati | u | 21 | 6 | 9 | 3 | 15 |
| | d | 3 | 4 | 1 | 1 | 5 |
| Totale parziale | u | 639 | 131 | 57 | 34 | 679 |
| | d | 282 | 61 | 21 | 13 | 309 |
| Totale generale | | 921 | 192 | 78 | 47 | 988 |

# LIBRI E GIORNALI VENUTI IN DONO

## NEL SECONDO SEMESTRE

---

*I. Finzi* — Alcuni casi d'imbecillità (Studio clinico e psicologico) — Com. Accad. Scienze Med. e Nat. Ferrara, Giugno 1897.

*Lucenberger* — Contributo all'anatomia patologica del Trauma nervoso — Annali di Nevrologia, Anno XV f. V.

*Id.* Su di una speciale alterazione delle cellule gangliari prodotta da Trauma sperimentale — Giornale Ass. dei Med. e Naturalisti — Anno III, Puntata IV.

*Mondio* — Contributo allo studio della demenza consecutiva — Annali di Nevrol., 97.

*Id.* — Sulla neurastenia parziale — Supplemento al Policlinico, '97.

*Tommasoli* — Sifilide e sifilismo. Lezione. — Riforma Medica, Aprile, 96.

*Codeluppi* — Un caso tipico d'imbecillità morale, delinquenza congenita, epilessia — Scuola positiva, 7, 12.

*Id.* — Uxoricidio e parricidio imputati ad un epilettico — Anomalo 97.

*Id.* — Epilettico omicida — Anomalo, 97.

*Grimaldi* — Su alcuni rapporti tra le alterazioni del Nucleo e del Protoplasma delle cellule nervose corticali. (Paralisi generale). — Annali di Nevr. 1897.

*G. Angiolella* — Manuale di Autropologia Criminale, ad uso dei medici, e degli studenti di medicina e di giurisprudenza — Vol. di pag. 320, Milano, Vallardi ed., L, 5,00.

— Archivii italiani di Laringologia, dir. Massei.
— L'ufficiale Sanitario. Rivista d'Igiene, ecc. Napoli, 1895.
— The Iournal of Mental Science. ecc.
— The Iournal of comparative Neurologie — Herrick e C. D. Herrick.
— Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, ecc. — Krafft-Ebing-Schüle, ecc.
— Archivii Russi — Kowalewsky.
— Archivio per l'Antropologia e l'Etnografia — Mantegazza.
— Rivista sperimentale di Freniatria — Tamburini.
— Annali di Neurologia — Vizioli e Bianchi.
— Annali di Freniatria — Marro.
— Arch. Psic. Sc. Pen., ecc. — Lombroso.
— Rivista di Patologia nervosa e mentale — E. Tanzi, Firenze.
— Atti dell'Accademia delle Scienze mediche e naturali in Ferrara.
— Scuola Positiva nella Giurisprudenza penale — E. Ferri.

— **Iahrbücher für Psychiatrie** — Vienna.
— Il Pisani — Salemi Pace.
— Rivista quindicinale di Psicologia, Psich. e Neurol. — dir. Sciamanna e Sergi.
— Giornale della R. Acc. di Medicina di Torino.
— Bollettino delle Scienze Mediche — Bologna.
— La Rassegna delle Scienze Mediche — Modena.
— Giornale dell'Ass. Nap. di Medici e Naturalisti — Napoli.
— L'Anomalo — Zuccarelli
— Gl'Incurabili — Ria.
— La Puglia Medica — Bari — G. Zuccaro ed F. Campione.
— Il Cirillo — Aversa — Girone, Accettella e di Pietro.
— Giornale di Medicina Legale — Lanciano.
— Cronaca del Manicomio di Siena.
— » » di Ferrara.
— » » di Voghera.
— » » di Ancona
— » » di Alesssandria.
— » » di Pesaro.
— » » di Maccrata.
— » » di Teramo.
— » » di Mombello.

Questo Giornale esce tre volte l'anno.

L'abbonamento annuo pel Regno è di Lire 7 anticipate — Per l'estero L. 9 — Un numero separato costa Lire 3.

Gli abbonamenti si fanno presso l'amministrazione del Giornale.

La Direzione ed Amministrazione del Giornale sono presso il Manicomio Interprovinciale Vittorio Emanuele II. in Nocera Inferiore.

Tutto ciò che riguarda la parte scientifica sarà spedito al Dott. Domenico Ventra (Manicomio di Nocera Inferiore). I valori e tutto ciò che riguarda l'amministrazione s'invieranno al Dott. Rodrigo Fronda (Manicomio di Nocera Inferiore).

La Direzione offre agli autori pei lavori originali 50 copie tirate a parte.